الاضطرابات النفسية والضغوط وعلاقتها بحيـــاة المســـنين

الدكتور

أحمد عبد الجواد تعيلب

دار العلم والإيمان للنشروالتوزيع

١٥٧,٧ تعليب ، أحمد عبد الجواد .
ت .أ

الأضطرابات النفسية والضغوط وعلاقتها بحياة المسنين / أحمد عبد الجواد

تعليب.- ط١.- دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .

١٨٨ ص ؛ ١٧,٥ × ٢٤,٥سم .

تدمك : 3 –382– 308 – 977 – 978

١. الأضطرابات النفسية .   أ - العنوان .

رقم الإيداع : ١٥٠٦١- ٢٠١٣.

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة

هاتف : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ - فاكس: ٠٠٢٠٤٧٢٥٦٠٢٨١

E-mail: elelm_aleman@yahoo.com

2013

الإهـــداء

إلى أستاذتى ومعلمتى

إلى رمز العطاء والعلم

إلى الأستاذة الدكتورة

راوية محمود حسين

أطال اللّه فى عمرها.

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ ۞ ٱللَّهُ ٱلَّذِى خَلَقَكُم مِّن ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنۢ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنۢ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَآءُ وَهُوَ ٱلْعَلِيمُ ٱلْقَدِيرُ ﴿٥٤﴾ ﴾

[سورة الروم: الآية ٥٤]

صدق الله العظيم

ويقول رسولنا الكريم محمد ﷺ فيما يرويه عن رب العزة ﷻ:

"اللهم إني أعوذ بك من العجز والكسل والجبن والهرم، اللهم اجعل أوسع رزقك على عليَّ عند كبر سني وانقضاء عمري"

حديث قدسي

الفهرس

بسم الله الرحمن الرحيم

أحمد الله رب العالمين، وأصلي وأسلم على خاتم النبيين والمرسلين، ورحمة الله للعالمين، سيدنا محمد ﷺ وعلى آله وصحبه، ومن اهتدى بهديه إلى يوم الدين.

أحمد الله تعالى على ما وهبني من صبر وعون وتوفيق تخطيت بهم كل ما واجهني من صعاب بنفس راضية مني سبيلَ إتمام هذا العمل المتواضع، بهذه الصورة التي أدعوا اللهَ أنْ تحوزَ رضا أساتذتي وبعد ...

فالاعتراف بالفضل لذويه وشكرهم قد أمرنا به اللهُ سبحانه وتعالى، إذ قال في محكم آياته: ﴿ وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ ۖ وَلَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ ۝٧ ﴾ [سورة إبراهيم: الآية ٧]

وعرفانًا منّي بالجميل يُسعدُني ويُشرفُني أن أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير والعرفان لوالدتى الحميمة وأستاذتي الكريمة الفاضلة الأستاذة الدكتورة/ راوية محمود حسين دسوقي، التي أفاضت عليَّ من علمها الغزير، وخُلقها الكريم، ومواقفها الإنسانية، والذي كان لتوجيهاتها الرشيدة، وآرائها السديدة، أكبر الأثر في إنجاز هذه الدراسة، فكان عطاؤها بلا حدود على البحث والباحث، بما تحلت به من كرم نفسٍ وفكرٍ بنّاء وتواضع العلماء الأصيل فيها، فقد تتلمذتُ وتعلمتُ على يديها أصول البحثِ العلمي ومهاراته، وكيف أصل إلى مرحلة إرشاد الذات في البحث العلمي، وكان من ثمار ذلك هذه النبتة التي نمت في رياض علمها ....، فجاءت هذه الرسالة ثمرة نصائحها وتوجيهاتها المنهجية وغزارة علمها، حفظها الله، وأدام عليها بنعمةَ الصحةِ والعافية، فجزاها الله خيرَ الجزاء.

كما يسرني أيضًا أن أتوجه بأسمى آيات الشكر والتقدير والاحترام للدكتور/ هاني إبراهيم عتريس، الذي أعطى لهذا العمل العلمي كل اهتمامه ورعايته فقدم لي النصح والإرشادات، الذي أنار لي طريق البحث العلمي، وكان لتوجيهاته الأثر الفعال في تقدمي العلمي فله كل الامتنان والتقدير عرفانًا مني بالجميل فجزاه الله عني خيرَ الجزاء.

ومن دواعي سروري أن أتوجه بالشكر للعالم الجليل الأستاذ الدكتور/ محمد السيد عبد الرحمن أستاذ الصحة النفسية والعميد الأسبق لكلية التربية جامعة الزقازيق ذلك - العالم القدير الذي يسع جميع الباحثين بعلمه وكرم خلقه، فهو بحق موسوعة في البحث العلمي ومنهجيته، فهو علم من أعلام الصحة النفسية في مصر، حفظه الله وأمد في عمره رائدًا ومفكرًا في مجال الصحة النفسية، كما أتوجه لسيادته بالشكر على تفضله بالقيام بالمعالجة الإحصائية للدراسة، رغم كثرة أعبائه ومشاغله، فجزاه اله عني وعن طلبة العلم خير الجزاء، وجعل ذلك في ميزان حسناته.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أسرة دار النادي الاجتماعي للمسنين بالزقازيق، على تعاونهم ومساعدتهم لي أثناء تطبيق إجراءات الدراسة.

وأهدي هذا العمل إلى روح والدي العزيز وأرجو من الله السميع العليم أن يحشره مع المتقين وزمرة المقربين وأن يحشره مع أصحاب اليمين ويجعل قبره روضة من رياض الجنة وأن يشفع فيه نبينا ومصطفاه ويحشره تحت لوائه ويسقه من يده الشريفة شربة هينة لا يظمأ بعدها أبدًا (رحمه الله، وأسكنه فسيح جناته).

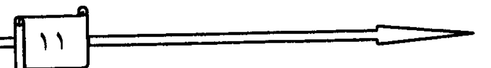
ولا يفوتني أن أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير لوالدتي الحبيبة، أدام الله عليها الصحة والعافية، والتي لم تتوان لحظة عن مساعدتي ومساندتي لما تحملته من تعب وعناء ومشقة وأتمنى من الله عزوجل أن يعينني على برها وإسعادها وأن أكون حققت لها ما تصبو إليه.

كما لا يفوتني أن أتوجه بالشكر والتقدير لإخوتي وأفراد أسرتي إلى شقيقي الأكبر المهندس / ممدوح، وإلى أخوتي (عصام، محمود)، الذين ساندوني وساعدوني كثيرًا، فجزاهم الله عني خير الجزاء.

ويطيب لي أن أشكر كل من ساهم ولو بجهد يسير في إخراج هذا الجهد البحثي الذي بين أيديكم الآن.

وختامًا، أتوجه إلى الله داعيًا أن يجعل هذا العمل في ميزان حسناتي خالصًا لله تعالى، فإن أصبت فمن الله وإن قصرت فهو مني، فالكمال لله وحده وحسبي أني اجتهدت، وما توفيقي إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب، أنه نعم المولى ونعم النصير.

والله الموفق،،



الفصل الأول

أنماط الحياة

مقدمة:

ظهر مصطلح نمط الحياة في ظل مناخ سياسي واقتصادي وثقافي كان اهتمامه منصباً في البداية على أهمية التحسن في الإنتاج والدخل كدليل على حالة التنعم والرفاهية. ففي منتصف الستينيات طرح هذا المفهوم ليعني نزوعاً نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، هذا النمط لا يمكن أن يتحقق إلا في مجتمع الوفرة، ذلك المجتمع الذي في الوقت الذي استطاع فيه أن يحل كافة المشاكل المعيشية لغالبية سكانه، أمكنه التأكيد على استمرار نموه الاقتصادي لسنوات عديدة قادمة. لذا فمفهوم نمط الحياة في تلك الفترة يمثل إضافة لمفهوم الكم Quantity فهو كيف يضاف إلى كم، وليس بديلاً عن هذا الكم. فهو لا يتعارض بالضرورة مع النمو الكمي، أو مع الزيادة في السلع وسرعة الإنتاج، ولكنه يعني الأفضل، والمتميز والمتفرد في الأشياء وبالتالي في نمط الحياة. (ناهد صالح، ١٩٩٠ : ٥٤)

وإذا كان مفهوم نمط الحياة قد ظهر في الستينيات ليعبر عن ما بعد المرحلة الصناعية، وما تتطلبه من استخدام الوفرة الاقتصادية في إشباع الطموحات الرفيعة التي أوجدها التقدم السريع في التنمية الاقتصادية، فإن المفهوم في بداية السبعينيات اتخذ طريقاً وشكلاً آخر مختلفاً عن الشكل الذي ظهر به في الستينيات. (العارف بالله الغندور، ١٩٩٩ : ١٩)

وبشكل عام فالحديث عن نمط الحياة يشير إلى مفهومين يجب التفرقة بينهما. مفهوم عام، ومفهوم خاص. ويشير المفهوم العام إلى معنى الحياة في عمومها وعلاقتها بسائر الموجودات في العالم، مثل انتظام علاقات البشر ببعضهم البعض وبالعالم المادى من حولهم، فهو إجابة لسؤال عن نمط الحياة. بينما المفهوم الخاص

يشير إلى التصور الشخصي والفردي لنمط الحياة، أي إجابة للتساؤل بين الإنسان ونفسه. لماذا أعيش؟ ومن أجل ماذا؟ ولمن؟.

(عبد الرحمن سليمان، إيمان فوزي، ١٩٩٩ : ٢٢)

وبما أن هدف كل إنسان أن تتحقق له السعادة فلابد وأن يكون لحياته نمط ومعنى وأن يكون هذا النمط في حيز الشعور. (هارون الرشيدي، ١٩٩٩ : ٢٧) ولذا ففي سبيل تفسير أنماط الحياة والتنبؤ بها لاجل تغيير حياة الأفراد كان لا بد من دراسة أنماط الحياة لدى المسنين.لذلك سوف نتناول في هذا الفصل عرض نظري لمفهوم أنماط الحياة، وأنماط أسلوب الحياة وكذلك إعاقات هذا النمط ثم نتبعه بعرض لنمط الحياة وبعض العوامل الديموجرافية، ثم أخيرا التوجهات المختلفة في تحديد هذا النمط، وذلك على النحو التالي :

أولا : أنماط الحياة *Life Patterns*

١- مفهوم أنماط الحياة:

أن أسلوب الحياة يسبق نمط الحياة في الترتيب، أو بمعنى آخر، فإن أسلوب الحياة هو نوع – أو جزء – من متغيرات نمط الحياة فقد يسير الفرد في حياته وفق أسلوب معين في حياته، لكنه قد يكون غير راض عن حياته، وأصبح مفهوم نمط الحياة موضع اهتمام العديد من المجالات العلمية فظهر في المجال الطبي لتقييم نتائج تدخلات العلاجات الطبية، وفي المجال الاجتماعي لتقييم نوعية الحياة لدى جمهور محدد، وفي المجال الاقتصادي، في إطار استهداف الرفاهية Welfare كمرادف لمفهوم نوعية الحياة، والمجال السياسي لتحقيق الأمن والخروج من الأزمات السياسية (العارف بالله الغندور، ١٩٩٩ : ٢٨). وكل هذه المجالات تسعى

بشكل أو بآخر إلى تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والنفسية، سعياً لتحقيق التطور وإشباع حاجات الفرد، وللوصول إلى حياة جيدة.

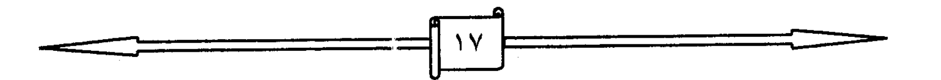
ويشير لفظ "الحياة" إلى وصف الوظيفة الصحية والحيوية التي تميز كون الجسم "حياً أم ميتاً"، ويشترك الإنسان مع باقي الكائنات في خاصية الحياة. أما مصطلح "النوعية" فهو ذو أصل لاتيني، ومشتق من الكلمة اليونانية (Qualis) بمعنى نوع Kind ويعرف بأنه "درجة التفوق"، أو الرفاهية، أو الميزة أو الوضع الاجتماعي المرتفع أو المثالية"

(James, R.p, 1999; p. 323).

وتعتبر منظمة اليونيسكو هذا المفهوم شاملاً لكل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته (صفاء عجاجة، ٢٠٠٧ : ٧٠). بينما ركز الاتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساس للمفهوم، وعلاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم، والحاجات النفسية، وإشباعها، وتحقيق الذات ومستويات الطموح لدى الأفراد.

(العارف بالله الغندور، ١٩٩٩: ١٨ ـ ٣٤)

ويرى كلا من " كاترونا- وراسل " وأن تغير الحياة يجعل العلاقة بين التعرض لثيرات المشقة، وتكوين الفرد لعادات حياة شاقة علاقة دينامية متفاعلة، فعندما تطول مدة التعرض للمشقة الشديدة، فإن هذا يفرض على الأفراد مواجهة الضغوط بشكل يومي، فينموا لديهم أسلوب حياة شاق، يجعلهم مستهدفين بشكل متزايد للإصابة بالأمراض النفسية. (Cutrona, c & Russell, 2005, p. 211)



كما أدى اختلاط مفهوم نمط الحياة بعدد من المفاهيم النفسية الأخرى، وعلى رأسها جودة المعيشة النفسية، وجودة المعيشة الذاتية .Objective indicator ، إلى ظهور صور عديدة من التداخل الخلط فيما قدم له من تعريفات إجرائية في إطار علم النفس. ويرجع هذا التداخل والخلط إلى تناول بعض الباحثين لمفهوم الحياة في ضوء التقييم أو الخبرة الذاتية بالحياة – أي الجانب الذاتي – فقط (Hughes & watt, 2002; Deneve, Cooper, 1998)، بينما يرى بعض آخر ضرورة النظر إليه في ضوء المؤشرات الموضوعية.objective indicator والمؤشرات الذاتية subjective indicator معاً (Stark, Faulkner, 1996, p. 13). وقد ذهب فريق ثالث إلى اعتبار نمط الحياة مفهوماً نفسياً متسع الدلالات، ولهذا يجب تحديده وتعريفه في ضوء عدد أكبر من الأبعاد والمؤشرات للمفهوم دون وضع تصنيف لها.

(Taylor, Bogdan, 1996: Schalock, 1996; Felce, perry, 1996)

وأخيراً يعرف جانكو (Junco (2003 مفهوم نمط الحياة بأنه "تقدير الفرد لقدرته على المواجهة مع نشاطات الحياة اليومية وبقدرته على العيش كشخص طبيعي، يكاد يخلو من الاضطرابات النفسية.

ومن الجدير بالذكر أن هناك تداخل في العلاقة بين مفهوم نمط الحياة وبعض المفاهيم الأخرى مثل (رضا عن الحياة، جودة الحياة، وأسلوب الحياة، وطريقة الحياة، ونوعية الحياة). الأمر الذي يستوجب التعرض لهذه المفاهيم، كمحاولة لتوضيح بعض هذه التداخلات، وبما يفيد الهدف من الدراسة الحالية.

وللرضا عن الحياة تاريخ بحث طويل في علم الشيخوخة الاجتماعي Social gerontology على الرغم من أن نتائج الأبحاث تبدو بعيدة عن الشمولية، حيث يرى العديد من الباحثين بوجود علاقة بين الشيخوخة وانخفاض الرفاهية

الذاتية وذلك بسبب حالات الفقد الاجتماعي والبدني والنفسي التي تصاحب التحول إلى السن الكبير، وبمعنى آخر يفترض بأن أحداث الحياة الرئيسية التي يتم الشعور بها واجتيازها أثناء عمليات التقدم في العمر لها تأثير عميق على رضا المسنين عن الحياة. (Chen. C, 2000, p.57)

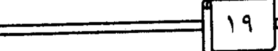
وتشير العديد من الدراسات إلى أن الرضا عن الحياة بين المسنين يكون متساويًا مع الرضا عن الحياة للجماعات الأصغر سنًا مع تغيرات قليلة أو عدم وجود تغيرات في الرضا عن الحياة مع تقدم العمر. إلا أن هذه الدراسات لم تقم عادة بتقييم المسنين الذين يبلغ عمرهم تسعين عامًا فأكثر.

(Hilleras. P,et al; 2001, p.72)

ويرتبط الرضا عن الحياة بالنسبة لكبار السن بالصحة (Crider, 1988) والتفاعل الاجتماعي (Gibson, 1986) والشخصية (Heady & wearing, 1981) و (Norris, Meerae & costa, 1981) والدخل والطبقة الاجتماعية (George, 1990) والعرقية (Markides, 1987) وتم التوصل إلى اكتشاف أن الرضا عن الحياة يكون مرتبطًا بشكل عكسي بأحداث الحياة السلبية. (Norris & Murrell, 1991) (Hamarat. E, et al, 2001, p. 182)

وتوصلت الأبحاث التي تم إجراؤها حول تأثير أحداث الحياة على الرضا عن الحياة على أنه يوجد "مسار عام في الحياة" للرضا عن الحياة. حيث تظهر بعض أحداث الحياة على نحو متكرر بالنسبة للمسنين مثل الترمل وفقد الأصدقاء والإصابة بالمرض والتي تؤدي بتأثيرات سلبية على الرضا عن الحياة لديهم.

(Hilleras. P, et al, 2001, p. 73)



ويتفق ذلك ما أشارت إليه توماس من أن هناك نسبة من الرضا عن الحياة لدى المسنين نتيجة لما يحصلون عليه من مساعدة من أبنائهم. أما أولئك الذين اتصفوا بعدم الرضا عن علاقاتهم بأبنائهم فيرجع ذلك إلى إحساس الآباء إنهم يرهقون الأبناء ويمثلون عبئًا عليهم. وقد اعتبرت المجموعة الأخيرة أن الاعتماد على النفس يمثل عنصرًا مهمًا في الحياة.

(بدر العمر، ٢٠٠٢ : ١٢١)

بينما جودة الحياة يرى حسن مصطفى (٢٠٠٥أ) بأن جودة الحياة الوجودية هي الوحدة الموضوعية والذاتية لجوانب الحياة، وهي جودة الحياة الأكثر عمقًا داخل النفس، وإحساس الإنسان بوجوده إنها تتضمن النزول إلى مركز الفرد، ومعنى الحياة الذي هو محور وجودنا.

(حسن مصطفى، ٢٠٠٥أ : ٢٠)

كما يرى حمدي الفرماوي (١٩٩٩) أن جودة الحياة ربما تكون في ثلاثة أمور مهمة هي: مجاهدة النفس – تمسك الإنسان بالكينونة وتعميق الوجود – استشراف أفق الحرية الأرحب.

يقول تعالى: ﴿فَلَا تُعْجِبْكَ أَمْوَالُهُمْ وَلَآ أَوْلَٰدُهُمْ ۚ إِنَّمَا يُرِيدُ ٱللَّهُ لِيُعَذِّبَهُم بِهَا فِى ٱلْحَيَوٰةِ ٱلدُّنْيَا وَتَزْهَقَ أَنفُسُهُمْ وَهُمْ كَٰفِرُونَ ﴿٥٥﴾﴾ [سورة التوبة:٥٥].

أما أسلوب الحياة فيرجع الإهتمام له إلى الفلسفة اليونانية، حيث اهتم أرسطو Aristotle – من خلال أعماله – بتوضيح العوامل والأسباب المؤدية إلى الحياة الجيدة، ويأتي على رأسها الشعور بالسعادة. (Taylor.1996.P.414).

ويعرف (وليم ليذر (1974) William Lazer) أسلوب الحياة بأنه الشق أو المنظومة التي تشير إلى نمط أو طراز الحياة المميز للفرد، ويشمل الأنماط التي تنمو

من وتنشأ من خلال ديناميات الحياة في المجتمع (في هبة الله أبو النيل، ٢٠٠٢ : ٧٧) كما يعرفه أنجل، وبلاكوول (1988) Engel & Blackwell بأنه **الأنماط التي** يحيا بها الأفراد والطرق التي يقضون بها أوقاتهم وسبل **إنفاقهم لأموالهم.**

(في مصطفى حسين، ٢٠٠٤ : ٢١)

أما مفهوم طريقة الحياة من المفاهيم التي تفرض نفسها في أدبيات مفهوم نوعية الحياة. فهو بمثابة الكل الذي يشكل مفهوم نوعية الحياة جزء منه. فمفهوم طريقة الحياة يعبر عن ذلك الكل- المرتب وبكامل وبين مفاهيم ثلاثة: أسلوب الحياة، مستوى المعيشة، ونوعية الحياة. (ناهد صالح١٩٩٠ : ٦٣)

بينما مفهوم نوعية الحياة يرى لايت (٢٠٠٤) Liat.k أن نوعية الحياة مفهوم يشارك فيه كل الجزاء ، وان ما تفعله اثناء حديثنا عنه هو مجرد جوله صغيرة العالم الخاص بنوعية الحياة وما كتب عنها، ومن خلال هذه الجولة نستطيع ان ندرك ان جاذبية هذا المفهوم تأتي في الغالب من قدرته على أن يكون أى شئ لأي شخص حيث يتناول مفهوم نوعية الحياة جوانب يصعب قياسها كالسعادة والرضا والود أو وضع قيم لوقت الفراغ... بالإضافة إلى اختلاف الخلفيات الاجتماعية والثقافية والتعليمية للأفراد ذوى اساليب الحياة المختلفة (كالشباب والنساء والرجال وكبار السن) وبالتالي اختلاف نظرتهم لنوعية حياتهم.

(Liat,k,2004,pp.240-241)

أما تولسكي Tolesky (١٩٩٠) : فيزكر أن مفهوم نوعية الحياة في الممارية الاكلينيكية يجب ان يهتم بما يقفه المريض من أهدافه الحالية في الحياة، إضافة الى رضاه عما يحققه بالفعل (Aliaa Aded Ahmed,2001,p.28)

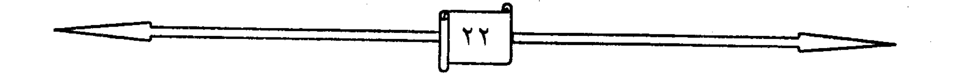
ومما سبق نرى أن كل من : أسلوب الحياة، طريقة الحياة، ونوعية الحياة، لا زالت من المفاهيم التي تحتاج إلى مزيد من الدراسات في البيئة المحلية، من أجل توضيح وتحديد وتوحيد المعنى الاصطلاحي لكل منها بالإضافة إلى فك الاشتباك بينها – كلها – وبين مفهوم نمط الحياة الذي لا زال – هو الآخر في مراحلة الأولى كمصطلح متفق على تعريفه في بيئتنا المحلية.

أما مفهوم نمط الحياة، فقد يكون من المفاهيم حديثة النشأة من حيث سياق الاستخدام ولكنه من المفاهيم ذات الجذور الضاربة في أعماق التاريخ، ويمكن التعرف على آصوله التاريخية، منذ أن تحدث القدماء المصريون عن الحياة الجديدة واهتموا بها سعيا وراء تعويض ما تضرر عليهم تحقيقه من الحياة الجيدة التي كانوا يتمنونها وقتذاك لدرجة ان المصريين القدماء كانوا يبحثون عن تلك الحياة الجيدة، بالاضافة الى تحكمهم لفكرة الخلود وما ورائها من طقوس تتعلق بالحياة الأيدية في الآخرة.

وعلى ضوء استعراض تعريفات مفهوم نمط الحياة بشكل عام يرى الباحث أنه لا يوجد اتفاق واضح حول تعريف محدد لمفهوم نمط الحياة، وهذا التعارض يرجع جزء منه إلى تعدد المجالات العلمية المهتمة بهذا المفهوم، أما الجزء الآخر فيرجع إلى تشعب وتداخل المفهوم مع بعض المفاهيم النفسية الأخرى مثل معنى الحياة والرضا عن الحياة وجودة الحياة.

وفي ضوء ذلك يعرف الباحث الحالى النمط على ان:

" عبارة عن مجموعة من المفاهيم الإيجابية أو السلبية التي يشعر بها المسن – كالنجاح أو الفشل مثلاً يكونها المسن على طورسنواته المتعددة وتعكس هذه



المفاهيم توجه الفرد نحو الحياة واسلوب حياته المعاش وتظهر في صورة اساليب واهداف في مجالات شتى يعمل على تحقيقها".

نمط الحياة في علم النفس:

يُرجع معظم الباحثين في مجال نمط الحياة الفضل والأسلوب الأول لألفرد أدلر Alfred Adler في نقله للمفهوم من علم الاجتماع إلى علم النفس واستخدامه في الكثير من إسهاماته النظرية والتي تم بلورتها فيما بعد عرف بعلم النفس الفردي individual psychology. إلا أن هناك من يربط نشأة المفهوم واستخدامه في علم النفس وبين عالم النفس الأمريكي وليام جيمس William James ومن أبرز هؤلاء الباحثين الذين اهتموا بتاريخية المفهوم، ووجدوا بذور نشأته لدى "وليام جيمس" هو "جوزيف ريتشمان" "Joseph Richman" حيث يؤكد أن "جذور مفهوم نمط الحياة ترجع إلى وليام جيمس، وذلك منذ ما يزيد على مائة عام، حيث لاحظ وليام جيمس أن هناك اختلافات لدى الأفراد من حيث تباين أدوارهم في الحياة، فعلى سبيل المثال تباين أدوارهم في المنزل أو العمل أو في العلاقات الاجتماعية، وغيرها من المجالات الحياتية، وقد عزى وليام جيمس هذا التباين إلى الاختلافات في أسلوب نمط الحياة لدى الفرد. (Richman, 2001, pp. 211 – 216)

بالإضافة إلى ذلك أن وليام جيمس أقرب إلى مفهوم لعب الدور Role - Playing منه لأسلوب الحياة. وباستثناء "ريتشمان" لا نجد أي من الباحثين حاول الربط بين نمط الحياة، ووليام جيمس، بل أن معظمهم ربط هذا المفهوم بألفريد أدلر، وهذا الربط هو ما تؤكده دراسات وبحوث عديدة في مجال أسلوب نمط الحياة، وهو ربط يبدو منطقيًا.

١- الفرد أدلر، وأنماط أسلوب الحياة:

ينطلق أدلر في رؤيته لأسلوب نمط الحياة من منطلقات فلسفية، "حيث يعتقد بأن الأحكام الفردية السابقة، وكذلك الأنماط التي يتبناها الفرد تتسم بالدينامية، ويمكن مراجعتها باستمرار وتعديلها، بل وتغيرها كذلك. وأن الخطوة الأولى لتغيير السلوك المرتبط بتلك الأحكام والأنماط هو فهم الأسلوب الشخصي الذي يتبناه الفرد. (Santrock, 1994, p. 18)

وكان فهم الأسلوب الشخصي هو المدخل للبحث عن مفهوم مفتاحي يفسر التباينات بين الأفراد، وكيفية حدوثها، وكان أدلر مهتمًا بهذا الجانب في نظريته فوجد أن نمط الحياة يستطيع أن يفسر التباينات بين الأفراد من خلال الاختلافات في أساليب حياتهم، "ومن ثم فقد قام بعمل بعض التعديلات في نظريته حيث استبدل مفهوم خطة الحياة Life Plan بمفهوم أسلوب الحياة (coreil, et al; 1997, p.78). هذا التعديل قد أتاح لأدلر وضع تصورات أكثر ثراءً وعملية في الوقت ذاته، وجعله أكثر رحابه في تنظيراته حول علم النفس الفردي، وهذا ما يشير إليه "أسنباخر" بقوله "إن مفهوم نمط الحياة أكثر إنسانية من مفهوم خطة الحياة، فمن خلال تفسير وتقدير نمط حياة الفرد من المحتمل زيادة الفهم لهذا الشخص خاصة فيما يتعلق باتساق الذات، وتوجيه الذات. وكذلك فهم كل ما ينعكس على الأفعال الشخصية، مثل التوجه، والسلوك الفرضي، وتحديد القيم الفردية التى يتبناها الشخص بالإضافة إلى مجموعة من الاستجابات الفسيولوجية للبيئة المحيطة. (Santrock, 1994, p. 21)

وتتحدد أنماط شخصية الفرد – حسب أدلر – بتوجهات أسلوب نمط الحياة، أو بمعنى آخر فإن أسلوب الحياة الذي يتشكل في البدايات الأولى من العمر هو

الذي يحدد أنماط شخصية الأفراد، وطبيعة مواجهتهم للأحداث الحياتية المختلفة. ويصنف أدلر الأشخاص في ضوء مواجهتهم لثلاثة من الأحداث الحياتية وهي الحب، الصداقة، والعمل، وينطوي هذا التصنيف على بُعدين رئيسين أولهما الاهتمامات الاجتماعية .social interests وثانيهما هو درجة النشاط Degree of .activity.

وتتمثل الاهتمامات الاجتماعية في مدى تعاطف وشعور الشخص بالآخرين والتعاون معهم للحصول على القبول أو الاستحسان الاجتماعي أكثر من الحصول على أي منفعة شخصية. بينما تشير إلى درجة النشاط إلى حركة الشخص للوصول إلى حلول لمختلف المشكلات الحياتية الكبرى، وهذا المفهوم وهو ما اصطلح عليه الآن بمستوى الطاقة .Energy Level أو الاستثارة Arousal.

(Hijell & Ziegler, 1992, p. 218)

ويقترح أدلر في نموذجه لبناء الشخصية وجود أربعة أنماط من التوجهات في أسلوب الحياة، تتسم الأنماط الثلاثة الأولى بمستوى منخفض من الاهتمامات الاجتماعية، ولكنهم يختلفون من حيث درجة النشاط أو كم الاستثارة، أما النمط الرابع فهو يجمع بين درجة مرتفعة من الاهتمامات الاجتماعية، وكذلك درجة مرتفعة من مستوى النشاط، وهذه الأنماط هي كالتالي:

١- النمط المسيطر، The Ruling type: يتسم هذا النمط بدرجة مفرطة في توكيد الذات تصل إلى حد العدوانية في المواقف الاجتماعية

٢- النمط الاستحواذي، The Getting type : أصحاب هذا النمط يرتبطون بالعالم الخارجي بشكل تطفلي، ويميلون للآخرين فقط لإرضاء حاجاتهم الذاتية.



٣- النمط التجنبي: The Avoiding type : هذا النمط بحكم تكوينه لا يمتلك أي اهتمامات اجتماعية، ولا مستوى من النشاط يؤهله للقيام بحل مشكلات حياتية.

٤- النمط المجدي اجتماعيًا: The socially Useful Type : يتسم هذا النمط – وفقًا لأدلر – بدرجة مرتفعة من النضج فهو يمتلك مستويات عالية من الاهتمامات الاجتماعية ومن الطاقة. (Hijelle & Ziegler, 1992, Miles, 2000)

ونلاحظ أن "أدلر" لا يُضّمن التصنيف السابق أي نمط لديه مستوى مرتفع من الاهتمامات الاجتماعية ومستوى منخفض من النشاط، وهذا يبدو منطقيًا لأنه من غير الممكن أن يمتلك شخص اهتمامات اجتماعية معينة في حين أنه لا يبذل جهدًا يذكر لتحقيق المنفعة للآخرين.

كما نلاحظ أن أدلر في تناوله لأنماط أسلوب الحياة كان أكثر قربًا لفكرة النمط منه لأسلوب الحياة فمحاولته كانت تستهدف تسكين مجموعات ذات خصائص معينة من البشر داخل آخر نوعية تخدم تصوراته النظرية المرتبطة بمنحاه الدينامي، ومع هذا فإنه استطاع من خلال تأصيله للمفهوم وتحديده لأنماطه، أن يؤسس لتناول المفهوم في مجالات متعددة في علم النفس الإكلينيكي من خلال "المدرسة الأدلرية" التي ضمنت العديد من تلامذة "أدلر" التحليليين The Adlerism psychoanalysts ، وبعد ذلك اتجهت البحوث في هذا المجال إلى ديناميات الجماعة، والجماعات الإثنية، ودراسة الثقافات الفرعية. وغيره من المجالات.

ونرى أن من أهم المشكلات التى نجدها كذلك فى إطار الاهتمام بأسلوب نمط الحياة، هو غياب الجهود المنظمة التى تهدف إلى التمييز بين أنماط أساليب

الحياة، وتحديد أبعاد كل منها. فكل ما نجده فى التراث حول أنواع أساليب الحياة، عبارة عن إشارات متفرقة عن أنواع من أساليب **الحياة، كأسلوب الحياة** الشاق وأسلوب الحياة الصحى، والضغوط النفسية، دون **أن تبذل جهود للتحديد** الإجرائى لكل نوع من أنواع أساليب الحياة، أو وضع مقاييس متمايزة لقياس هذه الأنواع المختلفة، على النحو الذى تحاول الدراسة الراهنة القيام به.

أنماط الحياة بعد أدلر: انتقل المفهوم من أصحاب النظرية الدينامية في الشخصية وعلى رأسهم "أدلر" إلى إطار أكثر اتساعًا في مجالات متعددة في علم النفس حيث استطاع أصحاب منحى علم نفس الشخصية أن يوظفوه في مجال دراسات الشخصية بوصفه "مجموعة من الأنماط الثابتة لاتساق الشخصية والتي يمكن التعبير عنها بصورة مختلفة، وفي مجالات مختلفة، تشمل عدة جوانب مثل الجوانب العقلية، والوجدانية، والمزاجية، والدافعية، والاجتماعية.

(James & Franklin, 1987, p. 305 في : محمد عبد العظيم، ٢٠٠٦ : ٢١)

فقد ظهرت بعض المحاولات من قبل أصحاب منحى الشخصية للتعامل مع أنماط الحياة بوصفه أقرب ما يكون إلى نموذج تفسير يمكن من خلاله فهم وتفسير العلاقة بين أنماط الشخصية وأبعادها المختلفة وبين ما يسلكه الفرد من سلوكيات حياتية يمكن تصنيفها هي الأخرى في شكل أبعاد لأنماط الحياة.

ومن بين تلك المحاولات تصنيف كل من دريكرس Dreikurs، وشالمان Shulman، حيث قاما بتصنيف أسلوب الحياة إلى ما أسمياه أنماط أساليب الحياة الفردية ومن هذه الأنماط: النمط المواجه السوي، والنمط الفردي المستقل، والنمط الانفجاري، والنمط المدلل، والنمط المدافع، والنمط الأوتوقراضي المسيطر، والنمط التكيفي المجاري، والنمط الهروبي، والنمط المراوغ (coreil, et al; 1997, P.

77) هذه المحاولات التي قدمها علماء الشخصية تتسم بملمحين رئيسيين، الأول هو التأثر الواضح بوجهة النظر الأدلرية التي تقوم على التصنيف الحاد لأنماط أسلوب الحياة على أساس أن كل نمط يمثل نمطًا شاملاً لفئة الأفراد التي تندرج تحته دون النظر إلى الكيفية التي تتفاعل من خلالها هذه الأنماط من الأساليب مع بعضها البعض، أما الملمح الثاني فهو تلك الرؤية التي تتصف بدرجة مرتفعة من العمومية في التعامل مع تلك الأنماط، حيث لم يبين أصحاب تلك المحاولات الخصائص النوعية لهذه الأساليب كما تتبدى في شكل سلوكيات مميزة لكل نمط على حدة. هذا بالإضافة إلى أن هذه المحاولات لتصنيف أساليب الحياة لم تأخذ شكل توجه أو منحىً ذي معالم واضحة.

ومن وجهة نظر أدلر فإن أنماط الحياة "هو الوسيلة المتفردة للشخص في التكيف مع الحياة، كما يتضمن كيفية خلق الشخص لأهدافه والوسائل التي يسعى لتحقيقها، بالإضافة إلى أن هذا المفهوم لديه يشتمل على نموذج متفرد للسمات والسلوكيات والعادات التي إذا ما اجتمعت معًا فإنها تحدد نمطًا متميزًا في الشخصية". (محمد عبد العظيم، ٢٠٠٦ : ٧٢٩)

أما أصحاب المنحى الدافعي أو التوجه الإنساني في علم النفس فقد نظروا لأسلوب نمط الحياة بوصفه تعبيرًا عن حاجات أو دوافع يسعى الفرد لتحقيقها ويتمثلها في بنائه النفسي فتظهر في شكل نمط إبداعي في الحياة له خصائصه، بحيث اتسع مفهوم الإبداع لديهم ليعني بصورة أو بأخرى نمطًا أو أسلوبًا للحياة، ويظهر هذا جليًا في رؤية ماسلو لتحقيق الذات، أو في وجهة نظر روجرز، وفروم، وأندرسون وغيرهم للإبداع على أنه سلوك اجتماعي يظهر في تفاعل الفرد مع عالمه. (محمد عبد العظيم، ٢٠٠٦: ٧٣٠)



وهنا يدرك أهمية تغير نمط حياة المسن من خلال تركيبة تغير بنائه النفسي ومنع حدوث اضطرابه حتى يظهر المسن في شكل إبداعي متميز يرمي بكل ما عنده في علاقاته وتعامله مع الآخرين المحيطين به.

كما يرى الباحث أن أصحاب التوجه السلوكي ينظرون لأنماط أسلوب الحياة من خلال ما يُظهره الفرد من سلوكيات يمكنها أن تُنبئ بنمط نوعي من التفاعلات يظهر في شكل أساليب وصور مختلفة.

وخرج من عباءة التوجه السلوكي توجه آخر هو التوجه الطبي الاجتماعي Medical – social – Approach ، والذي تعامل مع المفهوم بوصفه "مجموعة من السلوكيات النوعية التي تمثل خطر الإصابة بالأمراض أو الموت المفاجئ، والتي من أهمها تعاطي المواد النفسية، إلى جانب أساليب الفرد لإشباع حاجاته الفسيولوجية كالغذاء، والنوم، والممارسات الجنسية ... الخ.

(corriel et al; 1997, p. 2)

هذا التوجه تم بلورته فيما بعد تحت ما يسمى بأسلوب الحياة الصحي Health Life style الذي يهتم بالوقوف على طبيعة "القرارات والسلوكيات المرتبطة بالصحة، والتي تتحكم في أداء الفرد إلى حد كبير.

(heridan & Radmacher, 1992, pp. 100 – 105 في محمد عبد العظيم، ٢٠٠٦ : ٢٢)

ويتضمن أسلوب نمط الحياة الصحي وفقًا لهذا التوجه يعبر عن "أنماط السلوك الصحي الاختياري القائم على إمكانية الاختيار بين بدائل متاحة للأفراد وفقًا لتوجهاتهم في الحياة، ويتضمن أسلوب الحياة الصحي عادات معينة من قبيل عمل الفحوصات الصحية والاهتمام بالوقاية من الأمراض، وغيرها من العادات الصحية والشخصية.(Cocherham, et al; 1993, p. 314)



ورغم أن أصحاب التوجه السلوكي وأصحاب – التوجه الطب – اجتماعي "قد نجحوا في تحديد بعض الأبعاد الجزئية للمفهوم، فإنهم لم يتوصلوا إلى نمط شامل يجمع بين مختلف أبعاد المفهوم (Coriel et al; 1997, p. 217). لذا فقد ظهرت بعض المحاولات للتعامل مع أسلوب نمط الحياة على نحو أكثر اتساعًا بما يسمح بمدى أوسع من التفاعل بين المحددات الشخصية والمحددات الاجتماعية" هذه المحاولات يمكن تصنيفها تحت ما يسمى بالتوجه النفسي الاجتماعي، فهذا التوجه ينظر لنمط الحياة بوصفه المردود الناتج عن عمليات التفاعل ما بين الفرد بما يحمله من سمات ودوافع واتجاهات وبنية معرفية، وبين بيئته الاجتماعية، حيث يشير كولمان Colman إلى أن نمط أسلوب الحياة يمكن النظر إليه باعتباره "السلوكيات والاتجاهات التي يتم تبنيها بهدف تهيئة الفرد ليكون عضوًا بالجماعة الاجتماعية. (Chen. C, 2000, P. 105)

أما دوجلاس موك Douglas G. Mook فيرى أن أسلوب نمط الحياة يشتمل على أنماط حياة الفرد اليومية، وعاداته ونشاطاته واهتماماته ومعتقداته وآرائه، واتجاهاته نحو أسرته ونحو الآخرين. ولأسلوب نمط الحياة دور في تمايز الأفراد والجماعات، كما أن للمجتمع دور في تشكيله.

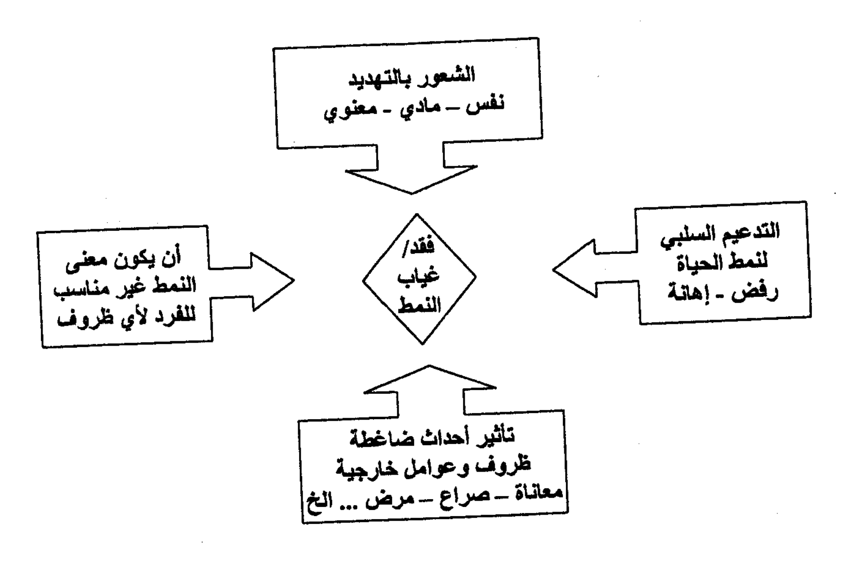
(Douglas G Mook, 1996, p. 211 فى : محمد عبد العظيم، ٢٠٠٦ : ٢٣)

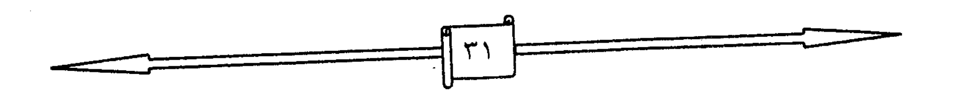
ومن السياقات الخاصة بتكوين النمط الحياة:

كل ما يعتنقه الفرد من أفكار ومبادئ وقيم وما يعبر عنه من انفعالاته الايجابية والسلبية وهي تتضمن بيانات وفرضيا محددة موجودة وغير موجود من حيث المبدأ ممثلة في قيم الحق والخير والجمال. وهذا هو السبب في أن الحياة لا تتوقف ابدأ على ان يكون لها نمط محدد (فرانكل – ترجمة إيمان فوزى ، ٢٠٠٤ : ٧٧)

وعندما يفقد الفرد نمط الحياة فإنه يشعر بالتهديد النفسي أو المعنوي كفقده للحب - الأمان - الأصدقاء .... الخ وأن عدم وضوح نمط الحياة لدي الفرد يؤدي الى معاناه . ويفسر ذلك في الشكل التالي:

شكل (١) يوضح أسباب نمط الحياة أو غيابه





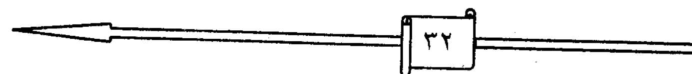
أن التدعيم السلبي لأي مصدر من مصادر نمط الحياة التي يقابلها الإنسان في حياته كأن يعاقب كلما أصدر نشاط "فكري - سلوكي - انفعالي يعكس لديه معنى إيجابي، فمثلاً يعاقب أو يوبخ أو يهان بشكل دائم على تقديم المساعدة للغير أو عند المحافظة على ممتلكات الغير، وعند قول الصدق، وعلى العكس مثلاً يكافأ على عدم تقديمه المساعدة للغير، وعند التخريب والاعتداء على ممتلكات الغير، أو تدعيم قول الكذب ... الخ، بالإضافة إلى الأحداث الضاغطة والعوامل الخارجية المؤلمة. كما أن تكرار المرض، وفقد المقربين، وكثرة المعاناة من المشاكل غير القابلة للحل قد يفقد الإنسان معنى السعادة، وأحياناً عدم الرغبة في الحياة نفسها. كل ما سبق يؤثر بشكل كبير على فقد أو غياب النمط لدى الإنسان.

(سهير سالم، ٢٠٠٥ : ٦٠)

ومع ذلك نرى أن كل الأسباب السابقة على الرغم من كونها قد تسبب فقداً أو غياباً للنمط إلا أنها قد تخلق أنماط جديدة إيجابية لدى الفرد، وقد يرجع السبب في ذلك إلى الفرد نفسه وما يمتلكه من قدراته وسمات شخصيته، تتناسب مع المعاني ومدى توافقها مع سياقه هو فإذا لم تتوافق الأنماط مع قدرات وسمات الفرد فإنها تفقد، أما إذا توافقت مع سياقه وتكوينه النفسي فإنها تخلق لديه معاني أخرى جديدة.

فعندما يمر الإنسان بأزمة شخصية يتجه إلى الأعمال ذات المغذى لاستعادة السيطرة والحالة الطبيعية لحياته، فهناك ارتباط بين فهم الفرد لذاته وكفاءته وبين الأعمال ذات المغذى، فالأزمة قد تتحدى قدرة الإنسان على العمل وتعطي له معنى للحياة ونمط محدد له. فقد وجد أنه يتم إعادة تكوين لبعض خصال الشخصية وإعادة صياغة وهيكلة للنفس للوصول للتفوق الذاتي.

(VikiJan, polgar, 2002, p. 98)



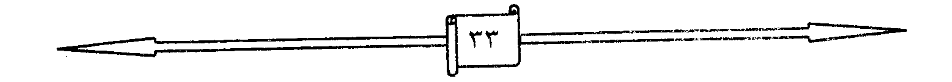
أما نمط الحياة والعمر:

تختلف أنماط الحياة التي تتبناها الأفراد لحياتهم **باختلاف المراحل العمرية** ويرجع ذلك إلى اختلاف متطلبات ومحددات كل مرحلة **عمرية. فمرحلة نهاية** العمر يكون معظم الأفراد قد حققوا أهدافهم وزوجوا أبنائهم وأنهوا فترة عملهم وبالتالي تكون هناك متطلبات أخرى تختلف بالطبع عن باقي المراحل العمرية الأخرى المراهقة والرشد مثلاً. والارتباط هنا بين المعنى والهوية أو أزمة الهوية هي عملية بحث عن المعاني أو مصادر أخرى.

كما وجد أن هناك دلالات إحصائية ترجع للعمر الزمني في أربع متغيرات من معنى الحياة. وهي: البحث عن الأهداف، ومعنى المستقبل وتقبل الموت وأعراض الحياة ولم يظهر تأثير دال للعمر في المتغيرات الثلاثة الأخرى وهي الخواء الوجودي والتحكم في الحياة والرغبة في معرفة المعنى. (سهير سالم، ٢٠٠٥ : ٤٤)

هذا بالإضافة إلى ما أضافه علم الأحياء الجديد للشيخوخة من تحسن لنمط الحياة لكبار السن، والنتائج الاجتماعية المترتبة على زيادة فترة الحياة الإنسانية (بمشيئة الله)، والتي قد تسبب قلقًا في التخطيط لفترة عمر أطول. فتجعل الأفراد يخططون لحياتهم بشكل أطول وأعمق وأغنى. فامتداد قيمة الحياة تعتمد على جودة المعيشة والخطط ثم تقييم حاجات امتداد الحياة والتخطيط لها ومدى تأثيرها في قيمة الحياة نفسها، والتي تختلف باختلافات هذه المعيشة التي يحيونها، وبالتالي على الخطط التي يخططونها لحياتهم وتتطلب منهم مواصلة نفس العلاقات المماثلة في العمل، وتحقيق أهداف جديدة كالزواج، والأطفال، والترقي، والترحل، أو أن تكون أهداف دينية كالتعبد، فالأهداف على أية حال قد تكون غير محددة.

(Chen. C, 2000, pp. 61 – 63)



إعاقات نمط الحياة:

توجد أسباب عديدة قد تعوق المسن من الوصول لأهدافه، منها:

١- ضغوط أحداث الحياة والاضطرابات النفسية.

٢- فقدان الدخل بعد التقاعد.

٣- زواج الأبناء وترك الوالدين بلا مأوى أو مشرب.

٤- الابتعاد عن الدين الإسلامي.

٥- فقدان الشعور بمعنى الحياة.

٦- عدم الاهتمام بالخدمات المقدمة لهم من دور المسنين.

أما نمط الحياة الحقيقي فيرى بأنها تكون مع تمسك المسن بما يستطيع تحقيق إنجازاته وأهدافه، ومحاولة إثبات وجوده والتفوق فيه، بهذا يقي المسن نفسه من القلق والخوف والضغوط، حتى يظل المسن محتفظًا بقدراته الجسمية وصحته النفسية.

ويقول تعالى: ﴿ زُيِّنَ لِلنَّاسِ حُبُّ ٱلشَّهَوَٰتِ مِنَ ٱلنِّسَآءِ وَٱلْبَنِينَ وَٱلْقَنَٰطِيرِ ٱلْمُقَنطَرَةِ مِنَ ٱلذَّهَبِ وَٱلْفِضَّةِ وَٱلْخَيْلِ ٱلْمُسَوَّمَةِ وَٱلْأَنْعَٰمِ وَٱلْحَرْثِ ۗ ذَٰلِكَ مَتَٰعُ ٱلْحَيَوٰةِ ٱلدُّنْيَا ۖ وَٱللَّهُ عِندَهُۥ حُسْنُ ٱلْمَـَٔابِ ﴿١٤﴾ ﴾ [سورة آل عمران: ١٤].

ويرى الباحث أن شعور المسن أنه قد زهد الدنيا بما فيها، وليس له حق المعيشة فيها لأن عمره قد انتهى وأن أبنائه هم المسئولون عن الحياة بكافة أشكالها واختلاف ألوانها.

فهو وما يملك كما يقول "إريك فروم" يصبحان أشياء، مجرد أشياء خالية من الحياة، يرتبط بها القلق والترقب والهم. (حمدي الفرماوي، ١٩٩٩ : ٢٢٣)

التوجهات المختلفة في تحديد نمط الحياة:

على الرغم من اتفاق الباحثين في علم النفس على **تناول مفهوم نمط الحياة** باعتباره انعكاساً لتقييم الفرد الذاتي لمختلف جوانب **حياته، فإنهم يختلفون في** تحديد طبيعة المتغيرات النفسية الشخصية والاجتماعية التي تحدد هذا الإدراك، فقد تنوعت النظريات والمتغيرات التي اعتمدوا عليها لفهم تقييم الفرد الذاتي لحياته وتفسيرها، في حين ركز البعض على درجة إشباع الحاجات كمحدد ذاتي للمفهوم، وركز البعض الآخر على جوانب الشخصية الإيجابية التي تسهم في تكوين رؤية إيجابية وإدراك إيجابي لمختلف خبرات الشخص في الحياة، وركز آخرون على متغيرات أخرى مثل القيم ومستوى الطموح وغيرها.

فالمفهوم تجاذبته عديد من الاتجاهات، عُرف خلالها بأكثر من معنى، ورغم أن بدايته كانت تحت مظلة علمي الاجتماع والأنثروبولوجي إلا أن استخدامات المفهوم امتدت إلى عديد من مجالات الدراسة مثل الإعلام، والتسويق، وعلم النفس، كما حظى المفهوم باهتمام خاص في مجال الصحة. وقد صاحب هذا التعدد تباين في تعريف المفهوم عبر مختلف المجالات ففي إطار علم الاجتماع، عرف ماكس فيبر Feber على أنه إدراك الأفراد للاختيارات choices المتاحة لهم في الحياة بحيث يتوقف تحقيق أي من هذه الاختبارات على الفرص chances المتاحة للفرد في سياق المجتمع الذي يحيا بداخله (Cockerham et al; 1993, p. 217). أما كاملر "Kamler" فاستخدامه لوصف الأنماط المثاليةideal types المميزة لثقافة معينة، كأن يوصف أسلوب الحياة السائد لدى أفراد ثقافة معينة بأن نمط الحياة ذاتي الحركة outo mobile ، أو أسلوب حياة الثقافة الفنية the youth culture. ومن ثم يعرفه على أنه السلوكيات، أو التصرفات، أو الاتجاهات التي يتم تبنيها بهدف

تهيئة الفرد ليكون عضوًا في الجماعة الاجتماعية.

(coriel, et al; 1997, p. 387)

وفي المقابل تناول باحثو علم النفس المفهوم من زوايا مختلفة، فعرفه أدلر "Adler" في ضوء نظريته للتحليل النفسي الفردي. على أنه حالة الفرد الفريدة التي تتكون من المجموع الكلي لدوافعه واهتماماته وسماته وقيمه كما تظهر في سلوكه ككل، وأسلوبه في الوصول لأهدافه.

(هبة الله أبو النيل، ٢٠٠٢ : ١٢)

أما أنصار علم نفس الشخصية، فيعرفون "نمط الحياة" بأنه "يتكون من الأنماط الثابتة لأنساق الشخصية، والتي يمكن التعبير عنها بصورة مختلفة، وفي مجالات مختلفة، تشمل عدة جوانب مثل الجوانب العقلية، والوجدانية، والمزاجية، والدافعية، والاجتماعية.

(James & Frankin, 1989,p. 24 : في هبة الله أبو النيل، ٢٠٠٢ : ١٢)

بينما يركز أنصار التوجه السلوكي على مفهوم نمط الحياة الصحي، ويتناولونه على أنه أحد العوامل المؤثرة على الصحة، حيث إن له دورًا مهمًا وحاسمًا في تحسين الصحة والوقاية من الأمراض وعلاجها، ومن ثم يعرفونه بأنه "القرارات والسلوكيات المرتبطة بالصحة التي تتحكم في أداء الفرد إلى حد كبير أو أنه السلوكيات النوعية التي تمثل عوامل خطر للإصابة بالأمراض أو الموت الفجائي Accidental*Aleath. وعلى هذا تميل التعريفات السلوكية – بشكل خاص – إلى الاهتمام ببعض الأبعاد الجزئية للمفهوم دون محاولة التوصل إلى نمط شامل يجمع بين مختلف أبعاد المفهوم. حيث تناول الباحثون المفهوم على أنه الطريقة التي

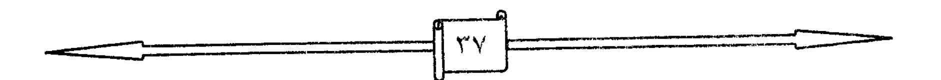
يحيا بها الأفراد كما تتمثل في طريقتهم في الملبس، وعاداتهم، والعلاقات بالأصدقاء والقيم الخ.

(Sheridan & Radmacher, 1992, p.17)

وهناك علاقة بين استراتيجيات المواجهة ونمط الحياة، تتضح هذه العلاقة من خلال الهدف من تطبيق النموذج المعرفي في مجال الاضطرابات النفسية، ألا وهو دعم الخبرة بما يمكن تسميته :بالتنعم النفسي، وهو "خبرة نفسية إيجابية". ولكى نصل إلى هذا الهدف، يعتمد هذا النموذج على طراز المواجهة، التي تساعد على تطور واستمرار الإحساس بالتنعم النفسي، بالرغم من استمرار الظروف غير المرغوب فيها، وهذا ما أكده "زاوتر" (١٩٩٠) Zautre من أن الأفراد قد يمرون بخبرة من التنعم النفسي تحت ظروف اضطرابهم المزمن. (في هناء شويخ، ٢٠٠٧ : ٧٦)

ويرى تيلور وبوجدان (1996) Taylor & Bogdan أنه "على الرغم من عدم وجود معيار ثابت ومتفق عليه لتحديد مفهوم نمط حياة أي فرد، فإن هناك ميلاً دائماً من قبل الباحثين إلى تحديد نمط الحياة لدى أي شخص في ضوء الحاجات الإنسانية المراد إشباعها. ويأتي تركيز المنحى النفسي في دراسة نمط الحياة على الحاجات الإنسانية وإشباعها. انطلاقاً من فكرة أن تجاهل حاجات الفرد الخاصة، يقصر نمط الحياة على مجرد كونها توزيعا للموارد الاقتصادية في المجتمع. وقد تبلور على مدى السنوات السابقة، اتفاق عام على أن الحاجات الإنسانية كثيرة ومتنوعة، ويمكن إشباعها بطرائق متعددة.

(Taylor, Bogdan, 1996, p. 11)



تعليق:

- أبرزت التظريات تعدد مفاهيم أنماط الحياة وبالتالي اختلفت الاراء من جانب علماء المجتمع.
- أكدت على اهمية الفرد داخل الجماعة في تعلم القيم، رغم تغير انماط الحياة والكثير من عوامل الضبط الخارجي.
- هناك اهداف مختلفة يستطيع الفرد الوصول اليها، وهذا ما اكدت عليه نظرية التحليل النفسي التى ابرز دور تعلم الفرد في تحقيق اهدافه .
- بينما يري انصار علم نفس الشخصية ان هناك نمط ثابت للشخصية الانسانية كما يدعم ذلك ايضا اصحاب النظرية العرفية من الاحساس بالراحة النفسية رغم الاضطراب النفسي الواقع على هؤلاء الافراد وذلك تلبية احتياجاتهم المختلفة.

ونرى أن تغير نمط حياة الافراد في حالة شعورهم باضطراب مزمن والوقوع تحت وطئة هذا المرض المزمن يؤدي الى الشعور بالكثير من الاضطرابات النفسية والتي تحول الى عدم التوازن النفسي والشعور بعدم الارتياح والدونية والسلبية.

كما نرى ان المسنين المقيمين في الدور، والمقيمين مع اسرهم لابد من توافر الجهود معهم وان المسئولية كبيرة على الفرد والاسرة والمجتمع في تغير انماط حياتهم ، لينعم هؤلاء المسنين بحياة كريمة هادئة في ظل الظروف المناخية الصعبة تجنبا للضغط النفسي الواقع عليهم . وهذا يقودنا الى الحديث عن البند الثاني .

الفصل الثانى

ثانيا: الضغط *Stress*

مقدمة:

تعتبر الضغوط إحدى ظواهر الحياة الإنسانية التي يدركها الإنسان في المواقف المختلفة وتتطلب منه توافقًا أو إعادة توافق مع البيئة سواء البيئة المنزلية أو المؤسسات ولقد بدأت تظهر أنماط من السلوك السلبي تعود إلى اضطراب العلاقات الإنسانية ونقص مهارات الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة ومواجهتها.

ومما لاشك فيه أن العصر الذي نعيش فيه هو عصر الضغوط بمختلف أشكالها. وتعد الضغوط أحد المظاهر الرئيسية التي تتصف بها حياتنا المعاصرة، وهذه الضغوط ما هي إلا رد فعل للتغيرات الحادة والسريعة التي طرأت على كافة نواحي الحياة. (إيناس سالم، محمد نجيب، ٢٠٠٢ : ١٩)

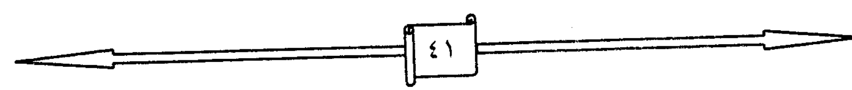
في الواقع فإن الأحداث الضاغطة في حد ذاتها لا تؤثر على الفرد ولكن ما يؤثر على الفرد هو معنى الحدث بالنسبة له وكيفية إدراكه، وتفسيره لهذا الحدث وكذلك إدراك الفرد وتقديره لقدرته على مواجهة هذا الحدث.

(Lazarus, R.S, 1993, P. 23)

تعد الضغوط في حالتها المعتدلة عنصرًا مجددًا للطاقة الإنسانية، وبدون الضغوط تصبح الحياة بدون معنى، فالفرد القادر على احتواء المتطلبات، والاستمتاع بالاستثارة التي تسببها الضغوط، يجد أن الضغوط مقبولة ومفيدة.

(فاروق عثمان، ٢٠٠١ : ٩٦)

ولقد أصبح من الضروري معرفة العوامل التي تمكن المسن من مواجهة هذه الضغوط، والتخفيف من وقعها حتى يستطيع الحفاظ على صحته النفسية، ومن



ثم الشعور بتغير نمط الحياة لديه، ويتم ذلك باستخدام أساليب المواجهة الفعالة للضغوط.

ولقد ميز لازوروس (١٩٩٣) Lazorous بين نوعين أساسيين من مصادر الضغوط هما:

أ- المواجهة النشطة أو المواجهة المتمركزة حول المشكلة: وفيها يسعى الفرد إلى تفسير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط، وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة.

ب- المواجهة السلبية أو المواجهة المتمركزة على الانفعال المصاحب: أي التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط، والاحتفاظ باتزان وجداني، وتقبل الفرد لمشاعره، وعادةً ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيدًا في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها، والتحكم فيها.

وعلى هذا فإن العناصر الرئيسية التي تشكل أي موقف ضاغط هي:

- مصادر الموقف الضاغط.
- الاستجابة لهذا الموقف الضاغط.

أي أنه بدون هذين العاملين مجتمعين لا يكون هناك مواقف ضاغطة حيث أن مصادر الضغوط بمفردها لا تشكل ضغوطاً، كما أن صدور استجابة شخص معين لمواجهة هذه الضغوط هو الذي يجعلنا نقول إن كان هذا الشخص يعاني من الضغوط أم لا. (عادل الأشول، ١٩٩٣ : ١٥)

ومن الثابت أن ضغوط الحياة، والانفعالات قد أصبحت من أخطر الظواهر التي تهدد حياة الإنسان المعاصر حيث يوصف العصر الذي يعيش فيه بأنه عصر الضغوط النفسية، وما تخلفه من جروح نفسية، فكلما زادت الحياة تعقيدًا كلما كثر تعرض الإنسان، لما يعرف حديثًا بالجروح النفسية، وكذلك فإن الحياة

العصرية تتميز بتعرض الإنسان لكثير من مواقف الفشل، والإحباط في تحقيق رغباته، وإشباع حاجاته، ونتيجة لذلك ينفصل ويتألم أضف إلى ذلك ما في المدنية والتحضر من التزامات، وآلام وأمراض مع صعوبات في الحصول على الضروريات، والكماليات التي أصبحت شيئًا فشيئًا من الضروريات، وما يتطلبه ذلك من عناء وإجهاد عقلي، ونفسي، وجسمي مما أدى إلى وقوع الإنسان تحت وطأة الضغوط النفسية.

(Carver & scheier, 2005, pp. 428 – 435)

ولذا تفرض الضغوط على الفرد متطلبات قد تكون فسيولوجية أو اجتماعية أو نفسية أو تجمع بين هذه المتغيرات الثلاثة، ورغم أن الاستجابة للضغوط قد تبدو استجابة ناجحة، فإن حشد الفرد لطاقاته لمواجهتها قد يدفع ثمنها في شكل أعراض نفسية فسيولوجية. (طلعت منصور، وفيولا الببلاوي، ١٩٨٩ : ٧٠٦)

ومن الأساليب المستخدمة في مصادر الضغوط ما يلي: التنظيم الوجداني، التقبل المذعن، التفريغ الانفعالي (محمد عبد الرحمن، ١٩٩٩ : ٣١٥ – ٣١٦) بينما يقسم حسن مصطفى (٢٠٠٥) أساليب مصادر الضغوط إلى أساليب بدنية (نفسجسمية)، وأساليب نفسية معرفية سلوكية، وتفسير أسلوب الحياة، والأساليب الوجودية والروحية). (حسن مصطفى، ٢٠٠٥ : ١٠٠)

تعريف الضغوط:

تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الذي أصدرته الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (١٩٩٤) في اضطراب الضغوط الحاد Acute stress Disorder حيث عندما يتعرض الشخص لموقف هدام وهو أن يشاهد حدثه تتضمن تهديدًا "فعليًا" بالموت أو الأذى لسلامته الجسمية له أو للآخرين. وأن تكون داخل هذه الاستجابة خوف شديد أو إحساس بالعجز أو الرعب وأن يشعرو الفرد بثلاثة

أعراض أثناء خبرته للحادث الضاغط أو بعد تعرضه له إحساس الشخص بفقدان الإحساس وغياب قابلية الاستجابة الانفعالية، نقصان الوعي بالبيئة حيث يشعر بالدوار، اختلال الأنية (أي فقدان الشخصية). (D.S.M.IV, 1994, p. 661)

ويشير (جابر عبد الحميد، وعلاء كفافي، ١٩٩٥ : ٣٧) أن مصطلح الضغط له العديد من المعاني منها ضغط – أعصاب – ضائقة – كرب – إجهاد، ويعبر عن حالة من الإجهاد الجسمي والنفسي، والمشقة التي تلقى على الفرد بمطالب وأعباء عليه يتوافق معها، وقد يكون الضغط داخليًا أو بيئيًا وقد يكون قصيرًا أو طويلاً وإذا طال هذا الضغط فقد يستهلك موارد الفرد ويتعداها ويؤدي إلى انهيار أداء الوظائف المنظم.

فالضغوط حالة من حالات الفرد التي تشكل أساس التفاعلات التي يظهر فيها تكيفًا أو سوء تكيف فإذا تضمنت المواقف الضاغطة مطالب في حدود قدرة الشخص واستطاع تحقيقها يحدث التكيف والتوافق، أما إذا تضمنت هذه الضغوط مطالب فوق الطاقة والاحتمال فإن ذلك يؤدي إلى سوء التكيف والاضطراب. (هارون الرشيدي، ١٩٩٩ : ١١)

وتعرف الضغوط بأنها "أي مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية والخارجية تتسم بالشدة والدوام، والتي تحدث في ظروف معينة تؤدي إلى اختلال السلوك أو عدم التوافق، أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض، بقدر استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من استجابات جسمية ونفسية غير صحية.

(حسن مصطفى، ٢٠٠٥ب : ٢٦٤)

ويرى "لازروس Lazarus" أن مصطلح الضغوط النفسية يجمع بين مجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد مضافًا إليها الاستجابة المترتبة عليها، علاوة على

تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات التي يستخدمها الفرد أثناء تعرضه لهذه المواقف.

(Lazarus, R.S, 1993, p. 21)

وعرَّفت الضغوط على أنها "المثيرات والمتطلبات الخارجية للحياة أو النزعات والرغبات والأفكار الداخلية التي تتطلب منا التكيف"، وقد تتضمن الضغوط التلوث في المدينة، ويمكن أن تشمل الضغوط أيضًا العمل الذي يبدو أنه لا يُنجز أبدًا، أو الآباء الذين يبدو أنهم لا يصفون أبدًا ويمكن أن نلاحظ أن بعض هذه الضغوط يأتي من البيئة الخارجية، وبعضها الآخر من صراعاتنا الداخلية، وقد تأتي الضغوط من كلا المصدرين. (مايسة النيال، هشام عبد الله، ١٩٩٧ : ٨٦)

ويؤكد "سيلي" مؤسس بحوث الضغوط الحديثة أن مهمة تعريف الضغوط تتضمن مشكلات حادة وخطيرة وقرر أن مفهوم الضغط يعتبر مفهومًا علميًا نسبيًا وأن ذلك المفهوم يعاني من حالة ذات وجهين" حيث أن الضغوط معروفة جدًا ومنتشرة ولكنها مفهومة بدرجة قليلة جدًا" ثم توصل إلى وجود ثلاث حالات للضغوط وهي:

أ- الضغوط كقوة مادية وطبيعية.

ب- الضغوط كتوتر موضوعي انفعالي.

جـ- الضغوط كإثارة جسدية وتعريف كل منها يلقي نظرة جزئية على مفهوم الضغوط، ولكنه من الممكن أن يندمجوا جميعًا معًا في تعريف واحد يعتبر جزءًا من نموذج معرفي إجرائي للضغوط. (Rice, 1998, p. 174)

فالضغوط هي نمط الاستجابة السيكولوجية والفسيولوجية التي تحدث في المواقف الصعبة وأيضًا هي علاقة بين الفرد والبيئة يدركها الفرد على أنها منهكة لإمكانياته أو مهددة لسلامته.(مايكل آرجايل ترجمة: فيصل عبد القادر، ١٩٩٣ : ٢٤)

والضغوط النفسية عند كوباس (1989) Kobas، هي إحدى ظواهر الحياة التي يجدها الإنسان في مواقف أو أوقات مختلفة والتي تتطلب منه توافق أو إعادة توافقه مع البيئة، وهذه الظاهرة شأنها شأن معظم الظواهر النفسية كالقلق والإحباط والصراع فضلاً عن أنها من طبيعة الوجود الإنساني وليس بالضرورة أن تكون الضغوط ظاهرة سلبية وبالتالي لا نستطيع الهروب منها لأن ذلك يعني نقص فعاليات الفرد وقصور كفاءته وإخفاقه في الحياة. (في نبيلة أبو زيد، ٢٠٠١ : ١١)

كما تعرف ماك نامارا (MC Namara, 2000) أن الضغوط هي الحالة الداخلية للفرد، وإلى الحدث الخارجي، أو إلى التفاعل بين الفرد وبيئته ....، والضغط كعملية تمثل إطارًا مفيدًا حيث يتضمن متغيرات: بيئية ونفسية وفسيولوجية ويستخدم هذا المفهوم أيضًا كدلالة على البيئة المحيطة بالفرد (الموضوعية أو المدركة) والشدة (الإجهاد)، والأعراض ذات الصلة بالضغط، والتي تتضح في مخرجات انفعالية وبيولوجية أو سلوكية. (MC Namara, 2000, p. 4)

مكونات الضغوط :

استطاع لازاورس Lazarus أن يضع صورة توضيحية لمكونات الضغوط ونظمها كما يلي:

حدث مثير أو منشأ نفسي للحدث الذي يثير التوتر الداخلي، مفاوضات متطورة بين الشخص والبيئة المقارنة الخاصة التي تبدأ عند محاولة التعامل مع الضغوط، الطاقة النفسية والجسمية والتي تعتبر جزءًا من تكاليف المواجهة التلف الذي

ينتج عن جهود المواجهة قد ينتج عنها الحل ولكن استمرار الضغوط ربما يؤدي إلى هبوط تدريجي في الطاقة والدافعية. (Rice, 1998, P. 176)

الأحداث الكارثية فى حياة المسن:

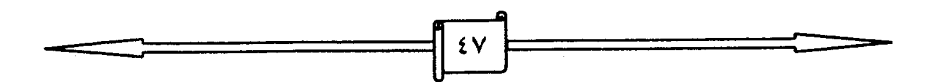
أحداث الحياة الكبرى *major life events*

تعتبر أحداث الحياة الكبرى من أهم المتغيرات الفعالة في عملية المشقة، وترتبط أحداث الحياة الكبرى بدور حياة المسن فخلال تقدم المسن في العمر يتعرض لعدد كبير من أحداث الحياة وتغيراتها والتي تختلف من مرحلة للأخرى وتتنوع وفقًا لمقتضيات كل مرحلة عاش فيها عبر مراحل عمره المختلفة التي ارتبطت بمختلف الأدوار التي كان يؤديها كدخول المدرسة والالتحاق بالعمل والزواج والانفصال والإنجاب ... الخ.

ويعرف بعض الباحثين من أمثال "هولز" و"راهي" أحداث الحياة الكبرى على أنها خبرات موضوعية، تؤدي إلى اضطراب نشاطات الفرد المعتادة، كما أنها تؤدي إلى تغيرات جوهرية في نمط الحياة المستمر للفرد وتتضمن هذه الأحداث تغيرات جوهرية في الصحة والمكانة الاجتماعية وأسلوب حياة الفرد كما أن الكثير من التغيرات يمكن أن تصيب الفرد بالمرض فوفاة شخص عزيز أو الإصابة بمرض مزمن أو الزواج أو الالتحاق بوظيفة محترمة أو الانتقال إلى سكن أفضل والتخرج أو التقاعد كلها معًا أو متتالية يمكن أن تؤدي إلى أمراض نفسجسمية مثل: الصداع وضغط الدم .. الخ. (هبة الله أبو النيل، ٢٠٠٢ : ٧٩)

أحداث الحياة الصغرى: *Minor Life events*

ليس من الضروري أن تكون الضغوط من النوع الكارثي أو التي تؤدي لتغيرات فعلية في نمط الحياة لكي تؤدي للمشقة فهناك ما يسمى بالمنغصات اليومية التي



نتعرض لها في حياتنا اليومية والتي تؤدي لشعورنا بالمشقة وتأتي مصادر المشقة اليومية من خلال العديد من الاختبارات التي تحدد لنا ماذا نفعل؟ وكيف سنفعل؟ وأين سنفعل؟ وتوصف هذه الأحداث على أنها مجموعة من الظروف أو الخبرات اليومية البسيطة التي تعكر صفو حياة الفرد ولكن نظرًا لتراكمها وتتاليها تصبح معوقة لتوافق الفرد.

ويشير هينكل Henkel إلى أن النشاطات العادية للحياة اليومية تؤثر على الحالة الدينامية المتوازنة للجسم وبالتالي فإن تأثيرها يتشابه مع تأثير أحداث الحياة الكبرى. (هبة الله أبو النيل، ٢٠٠٢: ٨٠)

نظريات تفسير الضغوط:

اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغوط طبقًا لاختلاف الأطر النظرية التي تبنتها والوحدة التفسيرية التي اتخذت منها أساس لهذا الإطار، كما اختلفت هذه النظريات فيما بينها بناء على ذلك من حيث مسلمات كل منها، ويعرض لها الباحث كالتالي:-

نظرية هانز سيلي: Hans Selye

يعتقد أن ردود فعل الفرد للأحداث الضاغطة تتبع نمطًا متسعًا أطلق عليه هانز سيلي H, Selye زملة أعراض التكيف العام الذي يتكون من ثلاث مراحل:

١- استجابة الإنذار Alarm Reaction

وهي تبدأ بوجود صدمة يتعرض لها الفرد وتكون مقاومته فيها منخفضة يتلوها صورة صدمة - مضادة Shock – Counter حيث تصبح ميكانيزمات الدفاع الفسيولوجية الداخلية نشطة ويمكن أن تكون زيادة النشاط ملحوظة في هذه المرحلة.

٢- مرحلة المقاومة Resistance

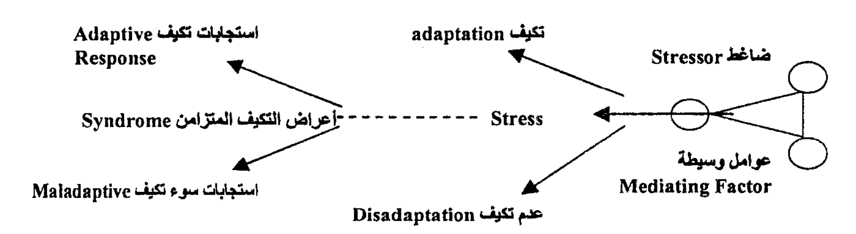
وهي مرحلة التكيف لأقصى درجة، حيث يتمكن الفرد من العودة إلى حالة التوازن، ولكنه إذا طال أمد بقاء الموقف الضاغط على الفرد فإن ميكانيزمات الدفاع لا تستطيع المواصلة وتتوقف ويلي ذلك انتقال الفرد إلى المرحلة الثالثة.

٢- مرحلة الإنهاك Exhaustion

حيث يصبح الفرد عاجز عن التكيف والاستمرار في المقاومة وهنا تنهار الدفعات الهارمونية والتعرض الزائد للضغوط يؤدي إلى تفكك الكائن الحي إلى الدرجة التي قد ينتج عنها الموت. (Franklin, c; etal; 1999, p. 222)

وقد اتضح في كتابات ليفين وسكوتش Levin & Scotch أن سيلي قد رسم رسمًا "توضيحيًا" لنظريته كما فى شكل (٢):

شكل (٢) نظرية هانز سيلى عن الضغوط



لذا فإن شدة الاستجابة للضغوط تتحدد عن طريق العوامل الوسيطة، كما تعتمد نوعية الاستجابة على نوع عملية التكيف. ويضيف أن التهديد أو التغلب على المشكلات يعتمد على النشاط المعرفي للتقييم ولكل تقييم نمط معين من الاستجابة. (هارون الرشيدي، ١٩٩٩ : ٥٢)

٢- نظرية "موراي Murray"

ويميز في هذا الصدد بين نوعين من الضغوط هما:

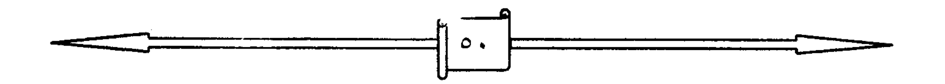
أ- ضـغط ألفا Alpha Press: وتشير إلى خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي (وجود مادي).

ب- ضـغط بيتا Beta Press: ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والشخصية كما يدركها الفرد (وجود دال). ويرى أن سلوك الفرد يرتبط في الغالب ارتباطًا وثيقًا" بضغط بيتا. (في أمال عبد الحليم، ٢٠٠٦: ٢٣ - ٢٤)

ويشير إلى خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط غالبًا بالنوع الأول ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها ويطلق على هذا المفهوم تكامل الحاجة Need integrate أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز الضغط والحاجة النشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم الثيما وإذا كان العلماء الآخرون قد اقتصروا على التفسير النظري لموضوع الضغط فإن موراي قد أضاف إلى ذلك قائمة للضغط اشتملت على:

- ضغط نقض التأثير الأسري - ضغط الأخطار والكوارث - ضغط النقص والضياع - ضغط العدوان - ضغط النبذ وعدم الاهتمام والاحتقار - ضغط الانتماء والصداقة - ضغط الجنس - ضغط العطف من الآخر - ضغط العطف على الآخرين - ضغط الخداع والمراوغة: ضغط الخصوم والأقران المتنافسين.- ضغط السيطرة والقهر والمنع. (هارون الرشيدي، ١٩٩٩ : ٣٢٥)

نلاحظ من العرض المفصل لنظرية موراي أنه قد ألقى الضوء على نوعية من الضغوط بالإضافة إلى قائمة الضغوط التي أبرزت أشكال عديدة من الضغوط



وكيفية تفاعلها مع الحاجات النفسية للشخص وتأثيرها عليه وعلى توافقه ولكنها لم توضح كيفية مواجهة الفرد لهذه الضغوط في تفاعلها مع الحاجات النفسية لتحقيق التوافق النفسي للشخص.

- نظرية سبيلبرجر Spielberger

ويرى سبيلبرجر أن الضغط يلعب دورًا هامًا في الاختلافات على مستوى الواقع وكل حسب إدراكه للضغط. فضلاً عن أنه صاغ نظريته في الضغط والقلق والتعلم وهو يؤكد على أن النظرية الشاملة يجب أن تأخذ اعتبارها العوامل التالية: طبيعة أهمية الضغط في المواقف المختلفة، قياس مستوى شدة القلق الناجم عن الضغط في المواقف المختلفة، توفير السلوك المناسب للتغلب على حالات القلق الناتج عن الضغط في مختلف المواقف، توضيح تأثير الدفاعات السيكولوجية التي يستخدمها الأفراد الذين تجري عليهم تجارب التعلم للتخفيف من حالة القلق.

(نوال عبد اللطيف، ٢٠٠١ : ٢٧)

وأشار إلى أن الفرد يقيم الظروف الضاغطة التي أثارت حالة القلق لديه ثم يستخدم الميكانيزمات الدفاعية المناسبة لتخفيف الضغط مثل (الكبت – الإنكار – الإسقاط) أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح بالهرب من الموقف الضاغط.

(هارون الرشيدي، ١٩٩٩ : ٥٤)

ويميز سبيلبرجر بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد Thrusting حيث أن الضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير أو التفسير الذاتي لموقف خاص على إنه خطير أو مخيف Subjective appraisal danger وكان لنظرية سبيلبرجر قيمة خاصة في فهم طبيعة القلق واستفاد منها كثير من العلماء والباحثين، وأجرى

هو نفسه كثيرًا من الدراسات تحقق خلالها من صدق فروض ومسلمات نظريته.

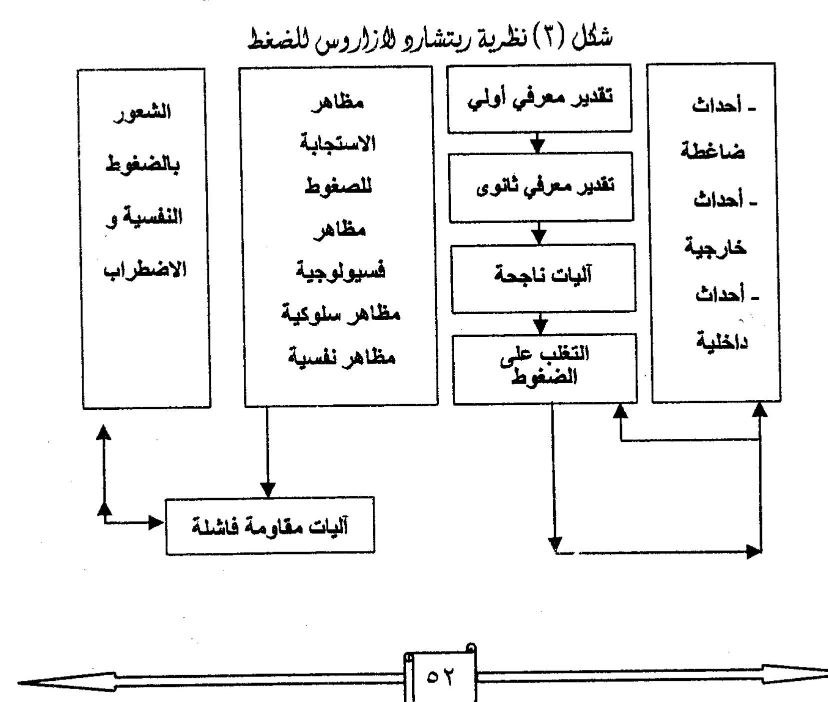
(نوال عبد اللطيف، ٢٠٠١ : ٣٨)

تعتبر نظرية سبيلبرجر من أهم النظريات التي ألقت الضوء على القلق في التعرف على تعرض الشخص لضغط أم لا التعرف من خلاله على شدة هذا الضغط بدرجة القلق التي يعاني منها الشخص.

- نظرية ريتشارد لازاروس وآخرين; Lazarus Richard etal

يعتبر عالم النفس الأمريكي ريتشارد لازاروس مؤسس نظريات الضغط النفسي الحديث التي تنطلق من الموقع الإنساني الخاص أو المميز في البيئة، فهو ينظر إلى الضغط النفسي على أنه نوع من التقييم الذهني ورد فعل من جانب الفرد للمواقف الضاغطة، فالفرد عندما يواجه موقفًا متعدد الأبعاد يصعب عليه تقييمه فالخطوة الأولى التي يجب القيام بها هي تقييم الحالة،والخطوة الثانية هي اتخاذ القرار.

شكل (٢) نظرية ريتشارد لازاروس للضغط



ويتضح من الشكل السابق أن لازاروس وكوهين قد ميزا بين نوعين من الأحداث الضاغطة، أحدهما يعرض بالأحداث الضاغطة الخارجية وهي عبارة عن الأحداث البيئية المحيطة بالفرد وتمتد من الأحداث البسيطة التي تحدث كل يوم إلى الأحداث القوية، أما النوع الثاني من الأحداث فيعرف عادةً بالأحداث الداخلية وهي عبارة عن مجموعة الأحداث الشخصية التي تتكون من خلال التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي، الواضح أن هذا النموذج يؤكد على أهمية أدراك الفرد وتقديره للأحداث التي يتعرض لها في الشعور بالضغط.

(فى: نوال عبد اللطيف، ٢٠٠١ : ٣٥ ـ ٣٦)

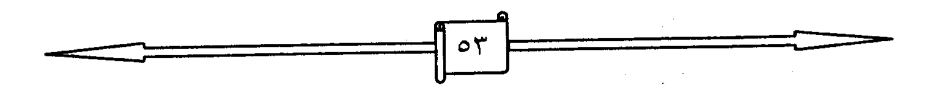
ولو أن مصادر المواجهة لدى الفرد كانت كافية وملائمة فلن تحدث ضغوط وعلى العكس لو كانت مهارات الفرد في المواجهة ضعيفة وغير فعالة فإن الضغط سوف يحدث حتى لو أن الشخص الغريب رأي هذه الحاجة على أنها تافهة.

(Rice, 1998, p. 167)

كذلك ركز "لازاروس" بصورة خاصة في نموذجه على تقييم الشخص للمواقف التي يمر بها في البيئة، وعلى دور الإحباط والصراع والتهديد في إحداث الضغوط وهو يرتكز على ثلاثة تقديرات مختلفة هي:

١- التقييم الأولى (المبدئي) *Primary appraisal*

والذي من خلاله يتم تفسير الحدث على أنه إيجابي لطيف أو على أنه حدث ضاغط، وقد يكون التقدير الأولى سلبيًا وضاغطًا ويسبب ضررًا أو تهديدًا أو تحديًا يفوق إمكانات الفرد وعادة ما يصاحب التقدير السلبي انفعالات سلبية أيضًا كالغضب والخوف والاستياء.



ويتأثر التقدير الأولى بنوعين من العوامل هما: العوامل الشخصية والعوامل الموقفية. أما العوامل الشخصية: فتشمل المعتقدات والالتزامات في حين أن العوامل الموقفية تشمل: طبيعة الضغط أو التهديد.

(محمد عبد الرحمن، ١٩٩٩: ٣١٢ ـ ٣١٣)

٢- التقييم الثانوي Secondary Appraisal

وهو يشير إلى أساليب مواجهة الموقف الضاغط. حيث الحكم على ماذا أستطيع أن أفعل اتجاه الخسارة الصغيرة أو المكسب الكبير (الموقف الضاغط)؟ والإجابة على هذا السؤال تتعلق بتحكم الفرد في قدراته التي سيواجه بها المواقف الضاغطة (Levey, Robert. E, 2001, P. 76).

كما تشمل الإمكانات النفسية معتقدات الفرد التي يمكن الاستناد عليها في الإبقاء على الأمل، ومهارات حل المشكلات، وتقدير الذات، والروح المعنوية، في حين أن الإمكانات المادية تشير إلى الأشياء الملموسة كالمال والأدوات والتجهيزات. (Baum, etal; 2006, pp. 81 – 82)

وفيما يلي رسم توضيحي لعملية التقييم الأولى والثانوي:

شكل (٤)

رسم توضيحي لعملية التقييم الأولى والثانوي لنظرية "رينشارد لازاروس"

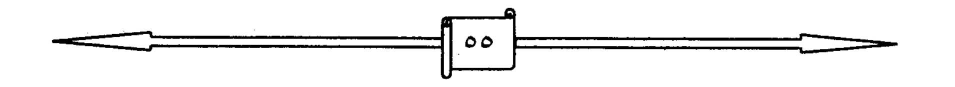


٢- عملية إعادة التقييم *Reappraisal*

وتشير إلى تكرار عمليات التقييم ومعادلتها بالإمكانات المتاحة من الفرد. ويشمل التغيير الذي يحدث عدة أشكال: التقييم المختلف للحدث بصورة أفضل، وشكل الاستجابات، وطرق المواجهة، وإعادة التقييم عبارة عن عملية تغذية راجعة تأخذ شكلين:

الأول: يشمل معلومات جديدة واستبصارًا جديدًا عن علاقة الفرد بالبيئة.

الثـاني: ويشمل إعادة التقييم المبني على العمليات الدفاعية Defensive Reappraisal ويكون الهدف منه خفض الضيق، وبدلاً من أن يكون التقييم



متضمنًا فقدان الضرر أو التهديد كما كان في التقييم الأولى أصبح في عملية إعادة التقييم غير مهدد، وبالتالي أدى إلى خفض الضيق والتوتر خاصة عمليات الاستبصار للحدث المهدد.

ففي هذه المرحلة يتم ممارسة استجابة المواجهة الفعلية للموقف الضاغط ورغم أن هذه العملية ثلاثية المراحل تعد دائرية، إلا أنها تختلف من فرد إلى آخر طبقًا لخصائص كل منهم ومتطلبات المواقف الضاغطة وما يتوفر له من مساعدات.

(Lazrus R.CoyneJ, 1980, PP. 150 – 164 في : أمال عبد الحليم، ٢٠٠٦: ٢٩ – ٣٠)

بعد أن عرضنا لعمليات التقدير المعرفي عند لازاروس نجد أن هذه العمليات لها عدة أوجه متعددة نستطيع أن نستنتجها مما سبق وهي:

أولاً: أن أي حدث من الممكن تفسيره على أنه ضاغط من وجهة نظر شخص ما قد لا يكون ضاغطًا من وجهة نظر شخص آخر.

ثانياً: أن الشخص نفسه من الممكن أن يفسر الأحداث المماثلة على أنها ضاغطة في وقت ما ولكنه قد يفسرها في وقت آخر على أنها غير ضاغطة نتيجة أن التغيرات في حالة الفرد الجسمية والنفسية من الممكن أن تؤثر في تفسير الفرد للحدث.

ثالثاً: المنشآت الشخصية للواقعية ليست صادقة دائمًا وبمعنى آخر أنها ليست متسقة مع المستويات الخارجية للواقعية، كما أن نقص الإدراكات وتشويه المدركات ربما تثير الاضطراب الانفعالي والاستثارة الفسيولوجية.

(Rice, 1998, p. 178)

ويتضح من خلال النموذج السابق ما يلي:

١- إن الضغوط في هذا النموذج هي عملية يكون فيها الفرد إيجابيًا في مواجهة الضغوط، وذلك تبعًا لما يقوم به من التقييم الأولي والثانوي ثم إعادة التقييم ومدى نجاحه في ذلك.

٢- إن هذا النموذج من النماذج الإجرائية (التفاعلية) Transactional بين الفرد والبيئة المحيطة به من أجل إيجاد أساليب لمواجهة الضغوط.

٣- يبين أيضًا هذا النموذج دور الإدراك المعرفي في تقدير الموقف إذا كان ضاغطًا" أم لا، ويكون ذلك ناتجًا عن خبرات الشخص السابقة وسماته الشخصية وتقديره لذاته والموارد والمصادر المتاحة له لمواجهة الضغط وذلك يوضح لنا لماذا يختلف الأفراد في الاستجابة للضغوط بالرغم من أن الموقف الضاغط واحد.

نموذج كوكس – ماكاي Cox & Mackay

في هذا النموذج يقترح كوكس وزملاؤه أنه يمكن وصف الضغط كجزء من منظومة معقدة وديناميية من التحويلات (التعاملات) Transactions بين الشخص وبيئته وهو يؤكد على الضغط باعتباره ظاهرة إدراكية فردية مغروسة في العمليات النفسية.

ويشتمل هذا النموذج على خمس مراحل تكون فيما بينها علاقة تغذية راجعة، فالمنظومة الموصوفة منظومة دائرية أكثر من كونها منظومة خطية والمراحل الخمسة هي:

١- مصادر المطلب المرتبطة بالشخص التي تعتبر جزءًا من بيئته وقد تكون المطالب داخلية (نفسية وفسيولوجية)، أو خارجية، ويسهم عدم التوازن بين المطلب المدرك والمطلب الحقيقي بدور في حدوث الضغوط.

٢- إدراك الشخص للمطالب وقدرته على التوفيق بين المطلب المدرك وإمكاناته وقدراته المدركة حيث يمثل ذلك الجانب المعرفي في هذه العلاقة.

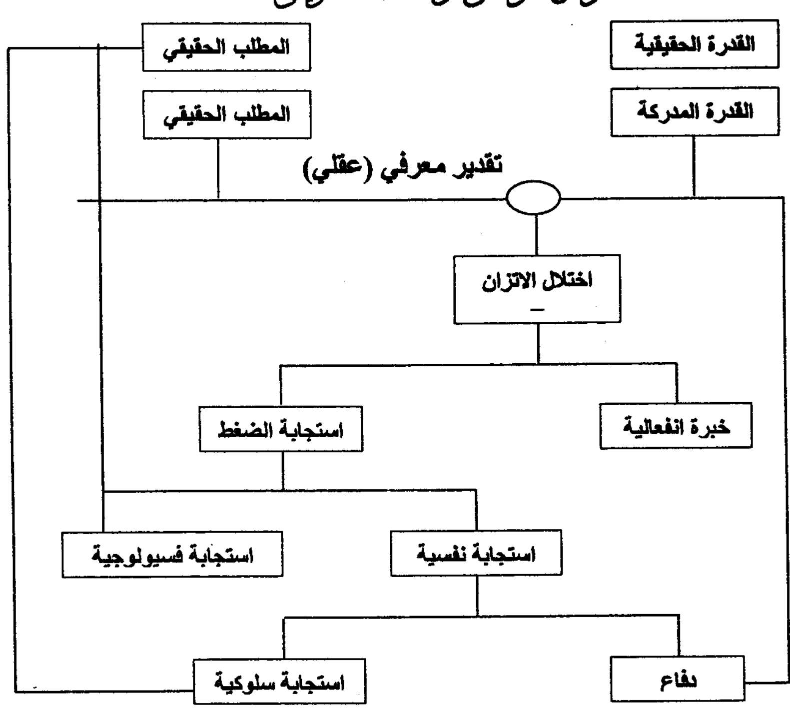
٣- تمثل الاستجابة للضغط وينظر النقيض للاستجابات (النفسية الفيزيولوجية) للضغط على أنها نقطة نهاية لعملية الانضغاط.

٤- وهي أهم المراحل، والتي يتجاهلها كثيرون، تهتم بنتائج الاستجابات الخاصة بالتعامل يقع فقط عندما يكون الإخفاق في مواجهة مطلب أمرًا هامًا أو من خلال توقع النتائج المعاكسة الناشئة عن الإخفاق في تلبية مطلب (التغذية الأمامية) Feed Forward.

٥- وهي تلك المرحلة الخاصة بالتغذية الراجعة Feed Back وهي تحدث في كل المراحل الأخرى في منظومة الضغط وهي أيضًا فعالة في تشكيل النتيجة (المخرج) عند كل مرحلة من المراحل.

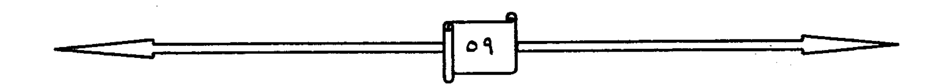
شكل (٥)

نموذج كوكس وماكاى التحويلى للضغط



إن أهم ما يميز نموذج كوكس وماكاي أنه أبرز مرحلة مصادر الضغوط كخطوة هامة من خطوات الاستجابة للضغط ولكن أغفل إيضاح تأثير الضغط على الشخص سواء على المستوى العقلي أو الجسمي أو الانفعالي فانتقل مباشرةً من إدراك الضغط للمواجهة.

(في: محروس الشناوي، محمد عبد الرحمن، ١٩٩٤: ١٣ ـ ١٨)



نظريات التكاليف أو الأضرار المعرفية: *theories of cognitive costs*

توصلت مجموعة من التفسيرات أن الضغوط تضر بالإمكانات المعرفية والإدراكية من خلال سحب الانتباه، والإضرار بالقدرات المعرفية، استنزاف المصادر المعرفية للفرد في مهام أخرى. وهذا الاتجاه يسمى بافتراض التكاليف التوافقيةThe Adaptive costs Hypo thesis وهذا الافتراض يؤكد على أي حدث ضاغط يتطلب من الفرد أن ينفق أو يستهلك إمكاناته المعرفية لكي يستطيع التغلب عليه فعلى الفرد أن يفهم ويفسر ما هو الحدث الضاغط وكيف سيتطور إلى الأسوأ وهل سيكون مستمرًا أم لا ... وما إلى ذلك، وتلك المجهودات تسحب الإمكانات المعرفية للفرد بعيدًا عن مظاهر أخرى من الحياة وبالتالي سيكون هناك القليل من الوقت والطاقة للتركيز على مهام أخرى أو مشكلات أخرى مما يؤدي إلى الاستثارة وانخفاض الأداء والأعراض الأخرى من الضغوط. (عبد الرحمن الطريري، ١٩٩٤ : ٢٧)

ويدعم تحليل التكاليف المعرفية حقيقة أن الأحداث غير المتوقعة وغير القابلة للسيطرة أكثر إثارة للضغوط من الأحداث المتوقعة والقابلة للسيطرة لأن الضاغط حين يكون متوقعًا أو قابلاً للسيطرة يتطلب القليل من العمل المعرفى فلا يحتاج الفرد أن يكون يقظًا باستمرار لإمكانية التهديد ولكن ذلك الموقف النظري لا يحل مشكلة التأثيرات البعدية السلبية للضغوط.

نظرية العجز المكتسب لسليجمان *Learned Helplessness*

وهي ترى أن الضغوط تؤدي إلى شعور الفرد بالعجز وقلة الحيلة وتعريف الضغوط يؤكد أن الضغوط تحدث عندما تتجاوز مطالب البيئة إمكانات الفرد. وحقيقة أن الأحداث الغير قابلة للسيطرة تؤدي إلى ضغوط أكثر من الأحداث التي

يمكن السيطرة عليها تتضمن هذه الفكرة أن السيطرة أو فقدانها لها أهمية في خبرة الضغوط.

وقد حدد مارتن سليجمان (١٩٧٨) Martin Seligman بوضوح نموذج العجز في نظريته حيث رأى أن العجز المتعلم يخلق ثلاثة وجوه من النقص والقصور:-

- يكون دافعيًا. - معرفيًا. - انفعالي.

إن مرحلة العجز بالتحديد والتي فيها تفشل مجهودات الفرد في التغلب على الموقف الضاغط تمثل الضغوط المستمرة كما يماثل العجز المتعلم حيث يتوقف الفرد عن محاولاته عن الاستجابة في كل من البيئات القديمة والجديدة.

(عبد الرحمن الطريرى، ١٩٩٤ :٣٢)

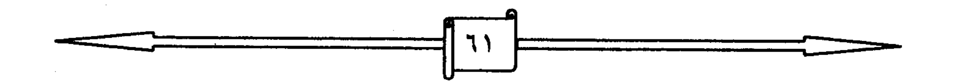
نظرية بيك المعرفية للضغوط Beck

يرى بيك أن المعنى الذي يضيفه الفرد على الأحداث وكذلك طريقة إدراكه وتفسيره لمعنى الحدث يؤثر على انفعال الفرد وسلوكه وتفسيره لتلك الأحداث ويحدد مدى تأثره بالأحداث التي يواجهها.

ويذكر بيك أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي، وإنما يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي (العقلي) الداخلي، وقد ينتج من عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية وجود الاضطرابات النفسية.

وقد ركز بيك على ثلاثة مستويات للمعرفة:

المستوى الأول: هو الأفكار الأتوماتيكية: ويطلق عليها الحوار مع الذات أو التقرير الذاتي.



المستوى الثاني: وهو العمليات المعرفية وتشتمل على: لوم الذات، النعيم الزائد، المبالغة أو التضخيم، التفكير المتجمع، الاختياري التجريدي، الاستنتاج العشوائي.

أما المستوى الثالث: فيشير إلى التركيبات المعرفية أو المخططات:

(SmithG; 2003, pp. 60 – 61)

نموذج الأحداث الضاغطة الكبرى The Boulder Model

ظهر هذا النموذج على يد هولمزوراه (١٩٦٧) عندما حاولا اختيار الفكرة التي مؤداها أن الضغوط الكبرى مرتبطة بزيادة معدل الأمراض ويرى العالمان أن كلا من الضغوط السيئة والضغوط الحسنة تتطلب جهودًا لإعادة التوافق ومن ثم مطالب ملحة وأعباء على الجسد. حيث توصل الباحثان إلى نتيجة هامة بعد تطبيق هذا المقياس مؤداها أن: الأفراد الذين كانت لديهم أحداث حياة بها أزمات كبرى خلال الشهور الستة الأخيرة كانوا أكثر احتمالاً للإصابة بالأمراض الجسدية عن هؤلاء الذين كانت لديهم مستويات منخفضة من ضغوط.

(Rice, 1998, P. 179)

نموذج ديفيد ميكانيك للضغوط الاجتماعية – النفسية David Mechanic

عرف ديفيد ميكانيك الضغوط بأنها "استجابات غير مريحة للأفراد في مواقف معينة مثل "الخوف، والقلق، أو الاكتئاب، وأشار في اعتقاده أن معظم الباحثين سيتفقون على أن تلك الحالات الانفعالية هي استجابات للضغوط ثم حاول بعد ذلك قياس الضغوط بتحديد جميع الاستجابات غير المريحة مثل (القلق – الخوف.... وهكذا).

ويتكون التكيف من وجهة نظر ميكانيك من عنصرين هما:

١- المواجهة: وتتمثل في التعامل مع الموقف ٢- الدفاع: ويتمثل في التعامل مع مشاعر الفرد.

نموذج المثير:

وقد صنفت الضغوط من حيث الشدة والأزمات إلى أربع فئات رئيسية هي:

١- ضغوط حادة وشديدة مثل انتظار عملية جراحية.

٢- سلسلة أو نتائج حدث ضاغط ينتج عن أحداث معينة مثل الطلاق أو موت الزوج.

٣- ضغوط مزمنة (مستمرة) كالبطالة.

٤- ضغوط مزمنة ومستمرة لكنها متقطعة مثل الاتصال الأسبوعي بأفراد الأسرة الذين يسببون صراعًا أو تهديدًا مدركًا.

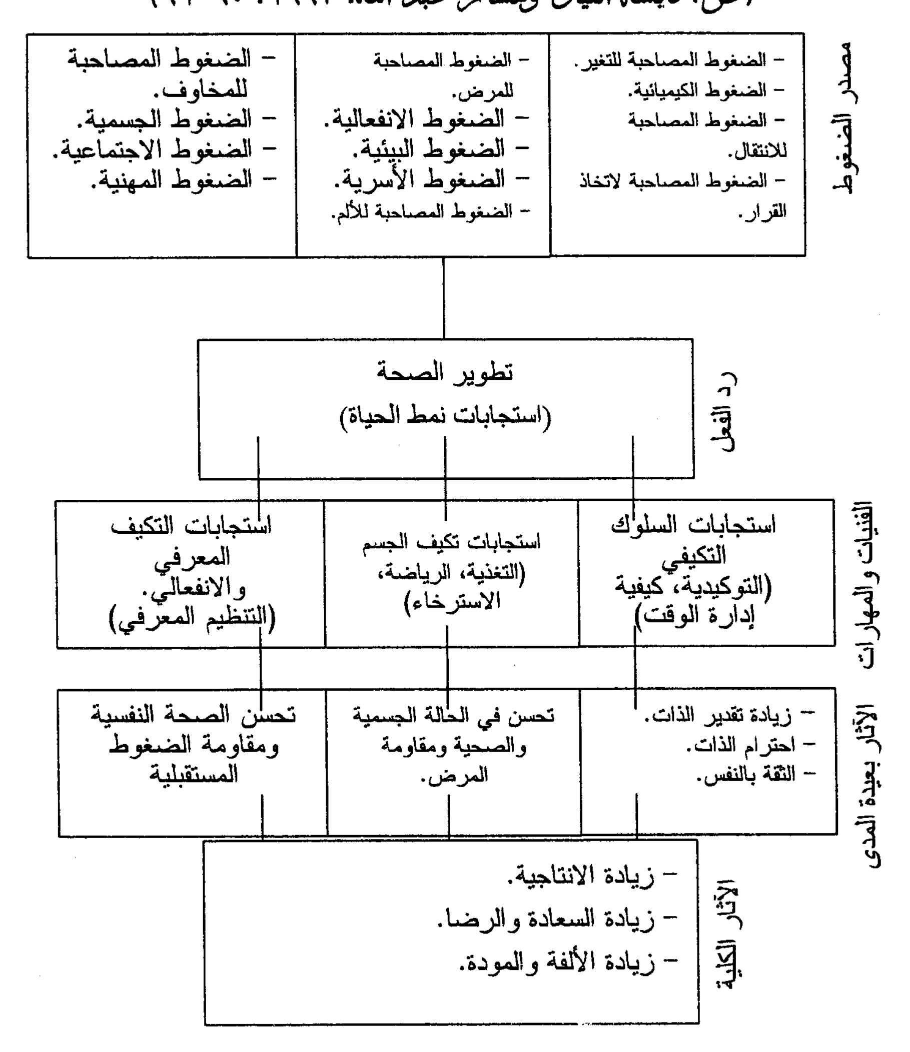
(محمد عبد الرحمن، ١٩٩٩ : ٢٩٤)

ومن أوضح النماذج التي تنظر للضغوط على أنها مثيرة: نموذج تشارلزورث وناثان Charles worth & Nathan الذي حدد دورة الضغوط وهي دورة التوافق والصحة النفسية وفقًا لما يترتب على هذه الضغوط من ردود أفعال وفي ضوء عدم قدرة الفرد أو قدرته على تحمل هذه الضغوط كما في الشكل التالي:

دورة التوافق والصحة النفسية (Charlesworth & Nathan, 1984)

شكل (٦)

(عن: مايسة النيال وهشام عبد الله، ١٩٩٧: ٩٠-٩١)



نظرية علم النفس المعرفي والتعلم:

أشارت نظرية "علم النفس المعرفي" إلى ثلاث مراحل لردود الفعل المقابلة للضغوط وهي:

أ- **مرحلة الإنكار**: باعتبارها حيلة دفاعية تهدف إلى منع ظهور الأحداث في دائرة الوعي وقد تقترن بأعراض اكتئابية.

ب- **مرحلة التمثل**: ويتم فيها تمثل المعلومات والصور المرتبطة بالحدث وتستغرق وقتًا طويلاً مما يؤدي إلى تأخر ظهور رد الفعل. وقد يظهر في الأحلام الليلية المفزعة.

ج- **مرحلة التكامل**: وهي المرحلة التي تؤدي إلى تحقيق التكامل والتوافق.

وأشار نموذج "نظرية التعلم" إلى أن ردود الفعل تجاه الضغوط هي ردود فعل متعلمة من الخبرات السابقة. وقد تأخر ردود الأفعال هذه صورًا من الانسحاب والعزلة كبديل منطقي لعدم القدرة على مواجهة الضغوط. كما تصبح المخاوف وحالة القلق نتيجة لإدراك العالم على أنه مصدر تهديد وأنه لا يمكن ضبطه أو التنبؤ به. (أمل علاء الدين، ٢٠٠٥ : ٢١)

من خلال العرض السابق لبعض النظريات والنماذج التي تناولت مفهوم الضغوط نلاحظ أن :

- أن نظرية "سيلي" قد حسرت الضغوط وفقًا للاتجاه الذي يعتبر الضغوط استجابة للمواقف المهددة. كما اهتمت بقدرة الفرد على مواجهة الضغوط بهدف الحفاظ على جسم الفرد وصحته.كما أشارت إلى أن محاولة التكيف مع ما نواجهه من ضغوط يعتبر حلاً مؤقتًا حيث يظل الفرد مع الموقف الضاغط موجودًا ومهددًا للفرد. ويستنفد طاقاته في حالة استمرار

عملية الضغط وهو ما يصيب الجسم بالاعتدال وأوضحت النظرة أن استجابة الجسم واحدة لكل المطالب، وهو الأمر المأخوذ على هذه النظرية لأن الاستجابة الواحدة تجعلنا لا نستطيع التنبؤ بطبيعة هذه الاستجابة.

- كما أشار "سبليرجر" أن الضغط يسبب القلق وأطلق عليه "قلق الحالة" أي القلق الناتج عن موقف ضاغط.
- وأشار "كانون" إلى الضغوط باعتبارها استجابة للموقف الضاغط. وركز على الاستجابة الفسيولوجية التي من خلالها يواجه الفرد الموقف الضاغط أو يهرب منه.
- وأشار "موراي" لمجموعة كبيرة من الضغوط باستثناء الضغوط الناتجة من طلب الأسرة تفوق أحد أبنائها والمقارنة بين الأخوة في التفوق الدراسي.
- بينما أوضح "لازاروس" إلى أهمية إدراك الفرد للمواقف وكيفية إدراكه لها. كما أشار إلى نوعين من الأحداث الضاغطة هي الأحداث الضاغطة الخارجية الخاصة بالبيئة والأحداث الضاغطة الداخلية التي تتكون نتيجة إدراك الفرد لبيئته.

وقد يفسر الموقف الضاغط على أنه تهديد لسعادته ولذاته فيحدث لدى الفرد اضطرابات في الوظائف العقلية وبصفة عامة كلما زادت حدة الضغوط النفسية كلما زاد الانخفاض في الكفاءة العقلية والمعرفية أو في مرونة التفكير لدى الفرد حيث تتضح الاستجابة العقلية للضغوط في صورة نقص في القدرة على التركيز واضطراب في التفكير وضعف القدرة على التذكر، كما تؤثر الضغوط النفسية في أسلوب حل المشكلات لدى الفرد وفي طريقته في إصدار الأحكام وفي أسلوب اتخاذ القرار. ومن أشكال الاستجابات العقلية المعرفية للضغوط تهويل الأحداث أو محاولة التقليل من شأن الصدمات الحادثة بفعل الضغوط بصورة مؤقتة حيث

نجد أن بعض الأفراد تكون استجاباتهم للمواقف الضاغطة في شكل استخدام للحيل الدفاعية اللاشعورية. (MC Namara, 2000, pp. 167 – 168)

ويرى الباحث أن الضغوط تحدث آثارًا كبيرة على المسن سواء من الناحية الجسمية أو النفسية. ولكن هذا يؤكد أنه ليس كل أنواع الضغوط ضارة للمسن أو تترك به آثارًا سلبية دائمًا ولكن هناك ضغوطًا مفيدة فإن الضغط يمثل تحدي له وهو الإحساس بقيمته في الحياة ومدى قدرته على مواجهة صعاب الحياة والخروج من تحدي لتحدي أكبر لتكرار هذه المتعة حتى يواجه الضغوط التي تظهر على المسن وتظهر هذه الآثار في الاستجابات الجسمية والنفسية والتي سبق ذكرها.

الجهاز المناعي والضغوط:

يمتلك الجسم البشري عدة طرق للدفاع عن نفسه ضد الإصابة بالأمراض ويقوم بتلك الوظيفة جهاز من أعقد الأجهزة الجسمية وهو الجهاز المناعي Immunity system وينظم ذلك الجهاز عملية القابلية للإصابة بالمرض أو العدوى بالمرض، وفي حالة سير الجهاز بشكل طبيعي يكون لديه التميز بين المواد الخاصة بالجسم والمواد الغريبة الاخرى وزيادة انتاج بعض المواد الكيماوية التى يطلق عليها الاجسام المضادة (Hamarat. E, etal; 2001, pp. 187 – 195)

ويشير إليوت ج. ١٩٨٩ Elliott G. أن اكتشاف وجود علاقة بين المخ وبين الجهاز المناعي أثارت أسئلة عديدة عن كيفية تأثير مصادر الضغوط على الوظائف المناعية بالجسم. فقد أشارت عدة دراسات كلينيكية على العديد من الاضطرابات وعلاقتها بالجهاز المناعي، وعلى وجه الخصوص إلتهاب المفاصل الروماتيزمي Rheumatoid Arthritis ، فقد حددت إحدى الدراسات الحديثة أن النساء

المتمردات العدوانيات اللاتي يتسمن بدرجة مرتفعة من ضبط الذات معرضات لخطورة الإصابة بالتهاب المفاصل الروماتيزمي.

وقد حاول الباحثون تحديد مصادر الضغوط التي يمكن أن تؤثر على الجهاز المناعي، فقد اتضح أن الحرمان من قريب أو فقده يؤدي إلى اكتئاب الوظائف الليمفاوية، وأن الدرجات المرتفعة على مقاييس أحداث الحياة بالإضافة إلى استجابات مواجهة فاشلة قد تؤدي إلى ضعف الدفاعات.

(Elliott G; 1989, pp. 66 -67)

أما العلاقة بين الشيخوخة والضغوط:

فقدمت ماري كريستين باردون Pardon (2007) إطار نظرياً حول تفاعل الضغوط على الشيخوخة مشيرة إلى أن علم الشيخوخة قد أسهم في فهمنا للميكانزمات التي تقف خلف عمليات كبر السن ذلك لان الضغوط تصبح ذات تأثير على دورة الحياة ونوعيتها مع التقدم في السن فعلميات تقدم السن تنتظم بفعل عوامل تقع تحت ما يسمي بالقدرة على التوافق مع الضغوط.

(Pardon, 2007, pp. 117 – 118)

كما أن عمليات التقدم في السن والضغوط تشتركان في عدد من الميكانزمات المختلفة خاصة فيما يخص علاقتهما بعامل الطاقة فالضغوط تستهلك الطاقة وأيضًا التقدم في السن يمكن اعتباره استهلاك يمتد للطاقة حيث يستهلك الجسم طاقته مع مرور سنوات الحياة. وهذه الافتراضات بأن عمليات الضغوط وعمليات التقدم في السن، ترتبط في التفاعل بين كل من الآثار المترتبة على تحفيز عمل نظام الضغوط. وبالرغم من هذه الملامح العامة فإن هناك تناقض ما بين عمليات الضغوط وعمليات التقدم في السن، فالضغوط يمكن أن تقلل أو تزيد من آثار التقدم

في السن وهناك القليل من المحاولات التي حاولت فهم كيف تتفاعل الضغوط مع التقدم في السن في تشجيع نجاح مرحلة الشيخوخة أو فشلها ومفتاح هذه القضية يكمن في الفرد وقدرة الفرد على التكيف مع الضغوط، ذلك لأن نوعية حياة الأفراد كبار السن يمكن أن تتحسن من خلال العلاج أو الإرشاد لتحسين التعامل مع الضغوط. ولتقييم أعراض الضغوط في وقت لاحق بين كبار السن الرجال قام كينج King et al (2007) بدراسة لقياس هذه الأعراض حيث تعتبر أعراض الضغوط اللاحقة ظاهرة يمكن ملاحظتها لدى الكبار الذين يخبرون ضغوطًا عالية من الأحداث في سنوات الرشد المبكرة. (فى تهانى راشد، ٢٠٠٩: ١١٨)

كما أكدت ماري دافيز وآخرون(2007) Davis, Mary وجود علاقة بين الضغوط النفسية الاجتماعية والاتزان الانفعالي والمرونة لدى كبار السن. فالتغيرات الجسمية والنفسية الاجتماعية للمسنين تتطلب أن يتوافق المسنون معها.

حيث أشارت إلى أن المسنين لابد وأن يتواءموا أو يتكيفوا مع التغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية التي يمرون بها، بالإضافة إلى ذلك فأحداث الحياة الضاغطة التي يمر بها المسنون تتضمن فقدان عزيز وهي من الأحداث المؤلمة التي يعاني منها المسن وتؤثر تأثيرًا سلبياً على استمتاعهم بالحياة، وبالرغم من ذلك فالنظرة التأملية لذلك تشير إلى أن كثير من الأفراد ممن يتعرضون لأحداث ضاغطة كموت عزيز لديهم يظلون نشطين وفعالين في المجتمع حتى نهاية الحياة. وعلى الرغم من أن تزايد المسنين الذين ارتبط كبر السن لديهم بالمرض إلا أن بعض منهم يعاني من إعاقات بدنية يشتركون في أنشطة الحياة المتنوعة.

(Davis Mary, 2007, p. 231)

وقد أشارت روث أوهارا (O'Hara. Ruth, 2006) في مقال لها بعنوان "الضغوط والشيخوخة الصحة النفسية" في المجلة الأمريكية للطب النفسي للشيخوخة إلى أن بعض الدراسات قد أثبتت أن الخبرات الصادمة وأحداث الحياة شديدة الوطأة في الطفولة تؤثر على كفاءة الوظائف النفسية الاجتماعية في الشيخوخة. (فى تهانى راشد، ٢٠٠٩: ١١٨)

ويستخلص الباحث مما سبق الأهمية الشديدة للأسرة، وإن هناك ثمة اتفاق واضح بين خبراء علم النفس على أهمية الدور الكبير للأبناء تجاه والديهم خاصة فى تلك المرحلة المتأخرة من العمر، وأن يسهموا فى تنمية قدراتهم واستعدادتهم كما تحقق الشعور بالأمن والطمأنينة والشعور بالأستقرار مما يحقق التكامل النفسى وهذا يقودنا إلى الحديث عن البند الثالث.

الفصل الثالث

ثالثاً: الإضطرابات النفسية

Psychological disorders

مقدمة:

إن العصر الذي نعيشه هو عصر التقدم التكنولوجي الهائل في كل مجالات الحياة والثورة المعلوماتية والتفجر المعرفي والتقدم المادي بكل صوره وعلى الرغم من ذلك التقدم المادي نجد أن الجوانب الإنسانية وجدانية ومعنوية في انحدار دائم ومن هنا اتجه العديد من الكتاب والباحثين إلى وصف العصر الذي يعيشه بأنه عصر القلق وعصر الضغوط النفسية وأمراض الحضارة واليأس والاغتراب وأخيرًا عصر الاكتئاب والفراغ الوجودي ولذلك فليس من المستغرب أن نجد ذلك الارتفاع المستمر في معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين كل فئات المجتمع وعلى الأخص الاكتئاب الذي يرتبط بغياب نمط الحياة وفقدان الرؤية والتوجه السليم في الحياة ولعل أكثر فئات المجتمع معاناة هم المسنين فالمسن في كثير من الأحوال يحيا بلا هدف أو معنى ويعاني العديد من الفقدان التي تشعره أكثر بالخواء والفراغ.

وقد يتصور أنه أصبح في حالة من العزلة وأن الناس قد انفضوا من حوله وقد تسيطر عليه بعض الأحاسيس الكئيبة بسبب عدم وجود دور له في المجتمع أو في أسرته. وأنه غير مرغوب فيه. ومما يؤكد هذا التصور وهذه المشاعر أنه يتوقف عن العمل ويغلق على نفسه ولا يقدر على كسب لقمة عيشه مما يضعف موقفه المالي .. كذلك قد يكون في حياة منعزلة بعد أن يكون الأبناء قد استقلوا بحياتهم الخاصة أو بعد أن يكون قد فقد شريك الحياة. (كلير فهيم، ٢٠٠٤ : ٤٩)

وأن تدهور حالة المسن تأتي نتيجة عدم الفهم لطبيعة هذه المرحلة بواسطة من يعيشون معه، وعدم التعامل على أسس نفسية علمية سليمة. من أجل تعويض ما فقده، ومن أجل إلغاء هذه الأحاسيس والمشاعر من داخله .. لذلك فإن الحاجة

إلى الدعم النفسي للرجل والمرأة في مرحلة الشيخوخة هام جدًا ويحتاج إلى المساندة وإلى تعاون كل من يتعامل معه، وتعد الإضطرابات النفسية من الموضوعات الحيوية والهامة والتي تعني الفرد والمجتمع وتتصل بالصغير والكبير على حد سواء، وتشغل بال من يحتل موقع المسئولية في إدارة المجتمع وتنظيم شئونه، ولهذا توجهت الأنظار إلى دراسة الاضطرابات النفسية في المجتمعات المتقدمة، وأولتها الكثير من العناية.

وتقع الاضطرابات النفسية في بؤرة اهتمام الدراسة الحالية لذا وجب الاهتمام بها من حيث تعريفها، ومصادرها، وتصنيفها.

تعريف الإضطرابات النفسية:

يختلف العلماء في تعريف الاضطرابات النفسية، فمنهم من يرتكز في تعريفها على الأسباب المؤدية لها، ومنهم من يرتكز على أسلوبه في تصنيف الاضطرابات، ومنهم من يرتكز على شدتها، وشمولها لجميع جوانب الشخصية.

يعرف الإضطراب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (بصفة عامة) بأن الإضطراب Disorder يعني لغويًا الفساد أو الضعف أو الخلل، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة، وكذلك في علم الطب النفسي، وهو يطلق على الإضطرابات التي تصيب الجوانب المختلفة من الشخصية، أي أن هذا الإضطراب يعني مجموعة من الأمراض تعكس سوء توافق الفرد .. ولذا فإن هناك العديد من المفاهيم التي تعكس إضطرابات متعددة مثل: إضطراب الإدراكImperception وإضطراب الشخصية Personality Disorders أو الإضطراب الانفعاليEmotional Disorders وإضطراب الحس Paraesthesia ... الخ. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣: ٩٤ ـ ٩٨)

وقد لوحظ أن هناك ٣٠٪ من مجموعة السكان يعاني من أزمات واضطرابات نفسية. وتشير الأبحاث والتوقعات المستقبلية إلى احتمال زيادة الاضطرابات النفسية والعقلية في القرن الحادي والعشرين خاصة القلق، والاكتئاب والاعتماد على المواد نظرًا لسرعة الإيقاع ،وتقلص روح الجماعة، وعبثية الانتماء، وأزمة الهوية الإنسانية، واهتزاز نزعة الإيمان، ومحاولة الإنسان المستمرة للهروب من هذا الخصم من المشقات والكروب لطرق مختلفة حتى يتسنى له عبور المرحلة الحياتية لينعم بعدها بالطمأنينة والراحة الأبدية. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٩)

وهو مصطلح عام يستخدم للإشارة إلى أي اضطراب له مظاهر جسمية أو عضوية يقف خلفه على الأقل. سببًا معرفيًا وانفعاليًا واحدًا، أي سبب سيكولوجي له درجة محددة من الشدة ويمكن تمييز ثلاث فئات فرعية من الاضطرابات النفسية فيما يلي:

أ- الاضطرابات المرتبطة بشخصية الفرد بوجه عام، مثال ذلك أن الأشخاص شديدي القلق ترتفع لديهم معدلات إضطرابات الجهاز التنفسي.

ب- الإضطرابات المرتبطة ارتباطًا، وثيقًا بأسلوب حياة الفرد، مثال ذلك ما أشارت إليه بعض البحوث من أن الأشخاص الذين يعملون في مهمة تتضمن ضغوطاً شديدة يكتشفون ارتفاع ضغط الدم.

جـ- الاضطرابات التي تظهر أساساً كاستجابات أو كإرجاع إزاء ظروف خاصة مثل الحساسية الجلدية. (Reber, 1995, p. 700)

في حين يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية الملمح الأساسي لإضطراب المسلك بأنه نمط متكرر أو مستمر من السلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين والمعايير الاجتماعية الأساسية المناسبة

لعمر الشخص، وإن هذه الأشكال السلوكية تنتظم في فئات هي: التصرفات العدوانية التي تسبب تهديداً بحدوث ضرر جسمى لأشخاص آخرين أو الحيوانات، التصرفات غير العدوانية التي تسبب تخريبًا لمتلكات الآخرين، النصب أو السرقة والانتهاكات الخطيرة للقوانين أو المبادئ. (A.P.A, 1994, p. 510 – 511)

كما تتفق الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية على ثلاث أمور لتعريف الاضطراب النفسي: وجود ألم نفسي أو عضوي واضح، أن يصاحب الاضطراب قصور ذات دلالة إكلينيكية في النواحي الشخصية والمهنية للمريض، لا يكفي تعريف الإضطراب أو الحكم على وجوده من خلال الصراع الدائر بين الفرد والمجتمع أو انحراف سلوكه عن معايير المجتمع.

(محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٠: ١٤ – ١٥)

التصنيف التشخيصي للإضطرابات النفسية:

مصطلح التصنيف Classification يعني حرفيًا تمييز الشيء أو تعينه وقد يفيد المعاني التالية: التمييز بين التصنيف وهي الدراسات النظرية للتصنيف دون اعتبار للمضمون، التصنيف بمعنى تكوين مجموعات من تجمع أكبر لكيانات، والتمييز أو التعيين Identification أي عملية تعيين كيان معين في نظام تصنيف قائم، قد يقابل التصنيف مصطلح التشخيص في الاستخدام الطبي أي تحديد مجموعة من الأعراض وبدرجة معينة حتى يمكن وضع هذا الفرد في فئة اضطرابية محددة، وقد يقابل التصنيف قائمة الأسماء Nomenciature وهي القائمة المعتمدة للمصطلحات المستخدمة لتمييز الفئات ووصف الكيانات المميزة، وهي مستقلة عن أي خصائص تكمن وراء الفئات، علم يسمى: علم تصنيف الأمراض Nosology

وهو علم يقوم على نظام معين هادفًا إلى وضع الفئات المرضية في تصنيف محدد.

(لويس مليكة، ١٩٩٧ : ٥٧)

وتصنف الإضطرابات النفسية كالتالي:

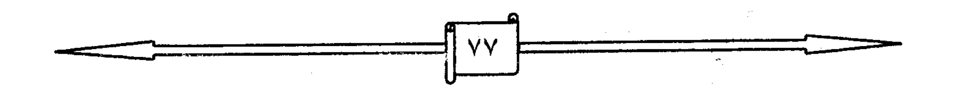
١- تصنيف منظمة الصحة العالمية: *International Classification Diseases*

والذي يطلق عليه اختصارًا (ICD) وهذا التصنيف قد تم وضعه عام ١٩٤٦، وتمت مراجعته أكثر من مرة حتى وصل أخيرًا إلى المراجعة العاشرة ICD عام ١٩٩٢ (ICD: 10, 1992) (وبالمناسبة توجد ترجمة عربية للدليل العاشر أصدرها المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩).

وتم تصنيف الفئات المرضية – والتي تندرج – كمثال – ضمن الإضطرابات السلوكية – في الفئات الآتية:

إضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض أو إصابة ، الإضطرابات العقلية والسلوكية، إضطراب التوافق مع خلل اساسي في السلوك ، عوامل نفسية أو سلوكية، واضطرابات في اللوازم ،واضطرابات نفسية وعقلية غير محددة.

(WHO, 1992, PP. 611 – 613)



٢- الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية:

هذا الدليل تتوفر على إصداره الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Association Psychiatric ، والذي يستخدم كأساس للتشخيص في العديد من دول العالم، وقد صدرت حتى الآن (٤) مراجعات من هذا الدليل، حيث ظهرت الطبعة الأولى عام ١٩٥٢ باسم DSM. I ثم صدرت الطبعة الثانية منه عام ١٩٦٨ باسم DSM. II وفي عام ١٩٨٠ صدرت الطبعة الثالثة باسم DSM. III R، وفي عام ١٩٩٤ صدرت الطبعة الرابعة باسم DSM – IV والتي صدرت منها عدة طبعات آخرها عام ٢٠٠٠*. (APA, 2000, P. 226)

ويرصد التابعون وجود فروق أساسية بين كل طبعة وطبعة أخرى. فعلى سبيل المثال – اختلفت الطبعة الثالثة عن الطبعة الأولى والثانية في إبراز بعض الملامح، تمثلت في: استخدام المنهج الوصفي، استخدام المحكات الشخصية، الوصف المنهجي. مثل السن عند بداية المرض، أو مدة استمرار الأعراض، تحديد شدة الإضطراب، تعدد المحاور: يختلف الدليل عن كل النظم التشخيصية الأخرى في أنه لا يكتفي بتحديد التشخيص الإكلينيكي بل شمل بالإضافة إلى الحالة الإكلينيكية تحديداً لإضطراب الشخصية والمرض العضوي والضغوط النفسية والأداء العام وذلك من خلال خمسة محاور هما:

المحول الأول: التشخيص الإكلينيكي فصام أو اكتئاب .. الخ (مثلاً).

المحور الثاني: إضطراب الشخصية أو الإضطرابات الخاصة بنمو الأطفال والمراهقين مثل اعتلال الشخصية من النوع البارانويدي أو إضطراب المسلك.

---

* في موقع الجمعية الأمريكية للطب النفسي على شبكة المعلومات الدولية تم ذكر أن الجمعية بصدد إعداد الطبعة الخامسة من الدليل الشخصي والإحصائي الخامس عام ٢٠١١.

المحور الثالث: الأمراض العضوية.

المحور الرابع: الضغوط النفسية والاجتماعية.

المحور الخامس: تقويم الأداء العام.

أنواع الضغوط:

- زواجية - مالية. - أبوية.
- قضائية. - شخصية أخرى. - أمراض أو إصابات عضوية.
- مهنية. - عوامل أسرية. - معيشية. - عوامل أخرى.

(محمد غانم، ٢٠٠٦: ٢١ – ٢٢)

أسباب الاضطرابات النفسية للمسنين:

كثير من المشاعر المتناقضة تدور برأس الرجل والمرأة في المرحلة الحرجة التي تبدأ بعد سن الستين وتستمر إلى نهاية العمر، الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى الإصابة بالأمراض النفسية.

وفيما يلي أسباب الاضطرابات النفسية للمسنين:

- الشعور بالوحدة والعزلة،الإحساس بالاكتئاب، ضعف الموقف المالي، فقد شريك الحياة، التقاعد (الإحالة إلى المعاش)، عدم فهم المحيطين بطبيعة هذه المرحلةالحساسية المفرطة للمسن، فقدان وخسارة ما كان يتمتع به: كخسارة المكانة الاجتماعية، خسارة شريك الحياة، خسارة الأبناء وبُعدهم عنه، خسارة العمل والعائد المادي، خسارة الصحة حيث يشعر بالوهن والضعف والعجز وعدم القدرة على الاستقلال الذاتي والقيام على شئون نفسه بكفاءة عالية، خسارة قيمة ومعنى الحياة.

وكـذلك سـيطرة قـرب لحطـة المـوت: كـل هـذه الخسـائر تجعلـه في حالـة مـن الانتظار للمصير المحتوم، والتفكير في هذا المصير.. إن سيطرة فكرة قرب لحظة الموت على رأسه وعقله لحظات قاسية.. ولذا فإن الحاجة إلى الدعم النفسي للرجل والمرأة في مرحلة الشيخوخة هام جدًا ويحتاج إلى المساندة، وإلى تعاون كل من يتعامل معه. (كلير فهيم، ٢٠٠٤: ٥٠ – ٥١)

أنواع الاضطرابات النفسية:

لقد تعددت التصنيفات المرتبطة بالاضطرابات النفسية. وفيما يلي نقدم تصنيفًا يشمل ما يلي:

- الأعراض الجسمانية.
- العداوة.
- الوسواس القهري.
- قلق الخواف.
- الحساسية التفاعلية.
- البارانويا التخيلية.
- الإكتئاب.
- الذهانية.
- القلق.

أولاً: الأعراض الجسمانية:

السمة الرئيسية هي الشكوى المتكررة من أعراض جسمية مثل طلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنة الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدني .. ويوجد في هذه الإضطرابات عادة درجة من السلوك الجاذب للانتباه (الهستيري) خاصة في المرضى الذين يضايقهم فشلهم في أقناع الأطباء بالطبيعة البدنية لمرضهم وبالحاجة إلى إجراء المزيد من الاستقصاءات أو الفحوصات. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٦٦)

ولذا فإن أهم خصائص وسمات هذه الطائفة من الاضطرابات هي: وجود شكاوى بدنية أو جسمية دون وجود أسباب عضوية ملموسة تفسر شكاوى

الشخص إضافة إلى عدم توافر أية آلية فسيولوجية توضح علامات الإضطراب، ولذا فإن العوامل النفسية اللاشعورية الكامنة داخل الشخص قد تعد السبب الرئيسي وراء هذه الشكاوى والتي تأخذ شكلاً عضويًا في حين إن أسبابها تكون نفسية.

وقد يفضل المصطلح الوصفي البسيط "الأعراض الجسدية غير المضرة Unexplained psychical symptoms عن معظم المسميات الأخرى والتي تم استخدامها على نطاق واسع مثل توهم المرض بالمعنى العام والأعراض الوظائفية والخلل الوظيفي والتجسيد حيث يتم استخدام مصطلح التجسيد على نطاق أوسع لوصف هؤلاء المرضى إلا أنه يتم اعتباره عملية نفسية أكثر من كونه تصنيفًا.

(Henn. et. al, 2001, p. 110)

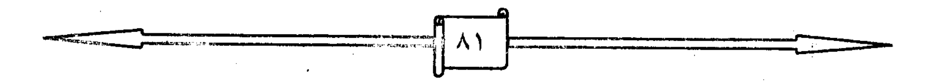
أشكال الاضطرابات النفسية (جسمانية الشكل):

سوف يقوم الباحث بعرض الاضطرابات وفقًا لما جاء بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM – IV, 1994) محددة في ثمانية اضطرابات هي:

١- اضطراب التبدين: *Somatisation Disorder*

تعريفه: هو اضطراب يتسم بظهور العديد من الشكاوى التي يعلنها الفرد من منطقة معينة في جسده أو أكثر وإن هذه الشكوى لا تنتج من مرض عضوي معروف.

(Kaplan & Sadock, 1996, p. 127)



٢- اضطرابات التحول: *Conversion Disorder*

يعرف التحول – في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي – بأنه: عملية يلجأ فيها الأنا إلى حل الصراع النفسي الذي ينشأ في الشخصية عن طريق تحويله إلى حل يبدو في عرض جسمي. وكأن الشخص هنا بدلاً من أن يعبر عن صراعاته تعبيراً نفسيًا خالصًا يحوله إلى تعبير جسمي. وتتم هذه العملية على مستوى لا شعوري. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣ : ٤٥)

وتبدو أعراض التحول أكثر شيوعًا بين الأشخاص في المناطق الريفية وذوي المكانة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة لاسيما وأن نسبة كبيرة من هؤلاء الأشخاص أقل دراية بالمفاهيم الطبية والنفسية.

(Binzer, M, et al; 1997, pp. 84 – 85)

٢- الإضطراب الجسدي الشكل اللامتمايز *Und ifferentiated Somato From*

تعريفه: وهو عبارة عن فئة متخلفة أو متبقية من الإضطراب الجسدي تستخدم في وصف جزئية بشكله الكامل، حيث يشكو المريض من عدة أعراض جسدية لا تستدعي إدراجه في فئة الإضطراب الجسدي الشكل، لأن شكوى الأعراض لا ترقى إلى مستوى الإضطراب الجسدي الكامل الصورة، أو لغموض الأعراض. (محمد غانم، ٢٠٠٦ : ١٩٥)

ويذكر أحمد عكاشة (١٩٩٨) أنه لا توجد إحصاءات دقيقة تشير إلى حجم هذا الإضطراب. لعل سبب ذلك هو تداخل هذا الإضطراب مع العديد من الإضطرابات النفسية الأخرى، فمن المرجح أن تكون نسبة إصابة الإناث بهذا الإضطراب أكثر من الذكور نظرًا للعديد من عوامل الثقافة والتنشئة الاجتماعية.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٢٠٢ – ٢٠٣)

٤- توهم المرض، *Hypochondri asis*

يحدث توهم المرض في العديد من الاضطرابات النفسية إلا أنه توجد براهين كثيرة توحي بوجود تشابك جوهري مع اضطرابات القلق والاكتئاب والتجسيد، وتركز التعريفات على العناصر المعرفية والسلوكية للعزو الخاطئ للأحاسيس الجسديةMisattribution of bodily sensations والاعتقاد في المرض والبحث عن إعادة الطمأنينة (Cote, et al; 1996, pp. 934 – 936)

فالمرضى يتفاعلون على نحو مفرط مع الأحاسيس البدنية العادية والحالات الشاذة الخفيفة مثل: ضربات القلب غير المنتظمة والعرق والكحة، والبقع المتقرحة وآلام المعدة على أنها دلائل عن معتقداتهم، واتساقًا مع هذه الفكرة فحين يوجه إليهم سؤال بأن يقدموا سبباً محتملاً للإحساس البدني مثل شعور المرء بأن القلب يخفق بقوة فإن الأشخاص الذين يرصدون درجات مرتفعة على مقياس توهم المرض أكثر احتمالاً عن الآخرين في أن يغيروه إلى المرض.

(Davison & Neal, 2004, p. 161)

وهو عبارة عن اضطراب السمة الأساسية فيه: إنشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات البدنية الخطرة والمتفاقمة يعبر عنه شكاوى جسدية مستمرة، كما يركز الانتباه عادة على واحدة أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم. وقد يذكر المريض اسم الإضطراب الجسمي الذي يخشاه ومع ذلك فإن درجة اقتناعه بوجود المريض والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر تتباين عادة ما بين الاستشارات الطبية وغالبًا ما يكون الاكتئاب والقلق الشديدين موجودين. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٤٥)

٥- إضطراب الألم *Pain Disorder*

يعتبر الألم هو أكثر الشكاوى الشائعة في الطب، وهو أيضًا طريقة شائعة في ظهور الاضطرابات النفسية وبصفة خاصة الاكتئاب، وهو سبب مشكلة اقتصادية – كمثال في المملكة المتحدة – إذ تسبب الألم أسفل الظهر بمفردها ضياع عدة ملايين من أيام العمل كل عام، بالإضافة إلى تكلفة العديد من التدخلات الطبية والجراحية وتكلفة العقاقير والمشكلات الاقتصادية والأسرية المصاحبة والتي تعزى إلى التكاليف غير المنظورة وللألم المزمن.

(شيرلي بيرس وآخر ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٠: ٧١٧ – ٧٣٦)

كما يتميز هذا الاضطراب بالانشغال بالألم في غياب مشاهدات جسمانية مناسبة تشير إلى عامل عضوي مسئول عن الألم أو شدته، وهذا الألم إما غير متسق مع التوزيع التشريحي للجهاز أو يتسق ولكن الفحص الدقيق ينفي وجود مرض معروف (كالزبحة الصدرية أو ألم عرق النساء) وليس به آلية باثوفسيولوجية يغزي إليها كما هو الحال في صداع التوتر Tension headache الناتج من تقلص عضلي، ويصاحب هذا الاضطراب تغيرات حسية أو حركية ويتميز المريض بكثرة زياراته للأطباء للحصول على ما يخفف الألم رغم طمأنة الأطباء له، ويسرف في تعاطي المسكنات دون أن تخفف من حدة الألم، ويطلب إجراء جراحات، وعادة يرفض عزو الألم إلى عوامل نفسية، وفي بعض الأحيان يكون للألم أهمية رمزية مثل الألم الذي يشير إلى ذبحة صدرية لدى شخص مات والده من مرض بالقلب.

(محمود حمودة، ٢٠٠٥: ٤٧٧ – ٤٧٨)

٦- إضطراب توهم تشوه الجسم: *Body Dysmorphic Disorder*

هو إضطراب يتوهم من خلاله الشخص وجود عيب في شكل جزء من الجسم، وقد يمتد هذا التوهم ليشمل أجزاء مختلفة من الجسم إلا أنه لا يرقى إلى مستوى الضلالة. (Kaplan & Sadock, 1996, p.319)

ويتميز بالانشغال بنشوة متخيل في المظهر الجسدي لدى شخص طبيعي المظهر، وأكثر أنواع الشكاوى شيوعًا هي العلامات التي بالوجه مثل تجاعيد أو ندبات في الجلد أو كثرة شعر الوجه أو شكل الأنف أو الفك أو الحواجب أو ورم بالوجه، ونادرًا ما تكون الشكوى من شكل اليدين والقدمين والثديين والظهر وبعض أجزاء الجسم الأخرى، وفي بعض الحالات قد يوجد شذوذ طفيف في الشكل ولكن انشغال الشخص به وتصوره له يكون شديداً.

(محمود حمودة، ٢٠٠٥: ٤٨٩ – ٤٩٠)

٧- الإضطرابات المصطنعة: *Factitious Disordenr*

هو عبارة عن إضطرابات يتوهم الشخص من خلالها أعراضًا سيحدثها عمدًا وبصورة شعورية قد أصابت الجسم، وقد سيحدث الشخص العديد من الأعراض النفسية مثل الهلاوس أو عضوية مثل الشعور بالألم في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم. (محمد غانم، ٢٠٠٦ : ٢٠١)

٨- التمارض: *Malingering*

وهو لجوء الفرد إلى الاستحداث الإرادي لأحداث أعراض جسدية أو نفسية ولتحقيق هدف معين مثل: الحصول على إجازة من الثكنة العسكرية، أو التهرب من حكم بالحبس، أو التهرب من عقاب، أو الحصول على مبلغ من شركة تأمين.

(محمد غانم، ٢٠٠٦ : ٢٠٢)

التغيرات الجسمية في المسنين:

أ- **العين**: حين يتخطى الإنسان الأربعين يصبح طويل النظر. وطول النظر هو الذي يمنعه من قراءة الصحف أو الكتب إلا عن بعد، ويتطلب الأمر استعمال نظارة طبية للقراءة للحفاظ على العين التي تكون عدستها قد فقدت جزءًا من ليونتها.

ب- **الأذن**: وقد يصاحب التقدم في السن بعض القصور في السمع، لأن الأذن تفقد بعض القدرة على التقاط الأصوات ذات التردد المنخفض، وعليه تكون القدرة على سماع أصوات السيدات أسهل من الاستماع إلى أصوات الرجال، لأن أصوات السيدات ذات تردد عال.

جـ- **حرارة الجسم**: تكون درجة الحرارة الطبيعية عند المتقدمين في السن وهي نفس درجة حرارتهم عندما كانوا أصغر سنًا .. ولكن ينبغي عليهم أن يراعوا عدم قدرتهم على سرعة التأقلم للبرد الشديد والحر الشديد.

د- **الجهـاز العضـلي**: نتيجة الضعف العام الذي يصيب المسن تصبح الحركات غير دقيقة وغير متزنة، وتصبح المشية متأرجحة .. وكذلك تظهر الرعشة في اليدين مع اهتزاز بالرأس، والكتابة تصبح مهتزة أحيانًا.

هـ - **الجهاز البولي**: تكثر مرات التبول ويصاحب ذلك أحيانًا صعوبة في أثناء التبول، ويحتوي البول أحيانًا على زلال أو سكر.

و- **تاثير الامتصاص والهضم والتمثيل الغذائي في المسنين**: بتقدم السن يزداد اختلاف الاستجابة للعلاج بتأثير السن البيولوجي وليس الزمني. سرعة الهضم تنخفض تدريجيًا بتقدم السن ويصبح الهضم بطيئًا.

فالتغيرات الفسيولوجية والمرضية أمكن مراجعتها حديثًا .. وتبين أنه ليس هناك عامل واحد مسئول عن ظهور الشيخوخة، فالتنظيم الفسيولوجي يؤثر على القدرات ويصبح الفرد ضعيف المقاومة لأية أزمة عما كان عليه في سن الشباب .. فبعض الخمائر تصبح أقل نشاطًا في الشيخوخة، ويرجع ذلك إلى انخفاض سرعة تكوينها أو عملها. (كلير فهيم، ٢٠٠٤: ٧- ١٠)

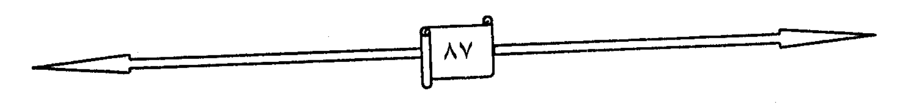
إضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsire Disorder

هو شكل من أشكال اضطرابات القلق وفقًا للتصنيف الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM – IV) الذي يكون فيه الأعراض الأساسية هي الوساوس والقهور. ويقال عن الأفراد الذين يعانون من أي الوساوس أو القهور أو كلاهما معًا بأن لديهم اضطراب الوسواس القهري.

إن هذا الوسواس شائع على نطاق المجتمع وقد يصل إلى ٣٪ لدى مجموع السكان وذلك لأن ظاهرة الوسواس القهري شديدة الوضوح للدرجة التي يسهل معها وصفها والتعرف عليها بشكل جيد.(ب.د.ي سليڤا ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٠ : ٥٩)

وأشارت نتائج أخرى إن مرض الوسواس القهري يظهر في أكثر من ٩٠٪ من مرضى الوسواس القهري تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية وسلوكية وعند إضافة الدفعات القهرية العقلية إليها ذكر ٢٪ فقط من العينة وجود وساوس فقط دون دفعات قهرية. (دافيدس. رجن. إدنافو ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٢ : ١٤٩)

والخاصية الرئيسية لهذا الاضطراب هو انقياد المريض دون وعي ودون إرادة فعلية للتفكير في أشياء معينة (وساوس) أو ممارسة سلوكيات (أفعال قهرية) المرة تلو الأخرى في محاولة منهم لتخفيف وطأة الاضطراب أو القلق .. وقد تكون لأعراض شديدة بدرجة كافية لتحدث ألمًا نفسيًا واضحًا كما أنها تستهلك الوقت



أو تشوش على النظام المعتاد للفرد أو على أدائه الوظيفي أو أنشطته وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين. (محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٠ : ٢٧٣)

الأفعال القهرية:

وتتم الأفعال القهرية بالتكرار وتبدو في صورة سلوك غرضي وهي تمارس، أو تصاحب بإحساس ذاتي بالقهر، ويقاومها الشخص عمومًا، وهي تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية، وعلى الرغم من مقاومتها فإن هذه الأشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص، كما يعد السلوك الطبيعي، من الأفعال القهرية والشائعة، وهو يتضمن المراجعة والاغتسال والنظافة، وتتضمن أنماط السلوك القهري الأخرى القيام بأعمال متعددة بتتابع شديد التصلب.

(ب.دي. سليڤا ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٠: ٦٠ – ٦١)

أسباب الوسواس القهري:

أولاً: العوامل الوراثية:

يلعب العامل الوراثي دورًا هامًا في نشأة الوسواس القهري، فقد وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، كذلك الأخوة والأخوات، هنا غير باقي أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجدت في دراسة حديثة إن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في (١٦) مريض من (٨٤) حالة أي حوالي (٣٪).

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ١٣٧)

ثانياً: التفسير السيكودينامي:

يرى فرويد أن الوسواسيين قد حدث لهم (تثبيت)Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل. وبالتالي يتوقف أو يثبت النمو النفسي الجنسي عند هذه المرحلة.

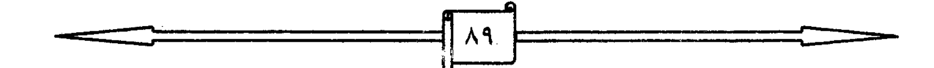
(Fruid, 1999, p. 64)

كما تنظر (النظرية التحليلية للفرويديون الجدد) أنه نوع من الرغبات البغيضة المثيرة للاشمئزاز بشدة الصراعات التي كبتت، وتهدد أن تقتحم الشعور بما يضع الفرد في خطر الواقع فريسة الوسواس، ويتصل الدفاع بواسطة كل من الأزاحة والأبدال، ويمده ذلك بآلية مباشرة للراحة، وأن (تقاليد وعادات المجتمع) لها دور في ذلك. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢: ٢٧٣ - ٢٧٨)

ثالثا: التفسير المعرفي:

يفترض أصحاب النظرية المعرفية إن مرضى الوسواس القهري لديهم آلية التغذية الراجعة الهدف ممزقة Disrupted بحيث ينتج عنها مداومته على سباق وأفعال معينة، وأن هؤلاء المرضى يعانون من خلل في وظيفة المخ المتصلة بالمضاهاة/عدم المضاهاة، وإن لديهم زيادة في إشارات الخطأ والتي لا يمكن خفضها من خلال المخارج السلوكية تولدها عقد عصبية قاعدية، ولذا فإن مرضى الوسواس القهري حين يوجدون في موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية فإنهم يزيدون من تقرير احتمال حدوث العواقب المضرة، وإن هذه التوقعات المرتفعة جدًا لدى الوسواسيين القهريين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من احتمال (توقعاتهم) لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال.

(أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢: ٢٨٩ - ٢٩٥)



الحساسية التفاعلية:

وتعنى عدم القدرة على مقاومة الإنصياع لنزوة أو دافع يمثل خطراً على الأخرين، وعلى النفس أو يولد فى نفس الفاعل شعوراً بالذة والإشباع فى معظم الأحيان. (Kaplan, H; & Sadock, B, 1996, P. 418)

وأن الشخص المسن الذى يعانى من هذا العرض عليه إتباع الآتى:

١- يندمج إجتماعياً ضمن مجموعة من زملائه أو جيرانه أو أقاربه.

٢- المشاركة فى بعض الأنشطة والرحلات والمناسبات.

٣- ممارسة بعض الألعاب الرياضية الجماعية.

٤- المحافظة على صلاة الجماعة فى المسجد.

٥- محاولة مشاركة الآخرين فى الحديث والتفاعل معهم.

٦- الإنصات إلى الشخص الذى يتحدث بجرأة ومحاولة الإستفادة منهم.

٧- التفكير فى الكلمات وردود الأفعال قبل التحدث مع الآخرين.

وقد لاحظ الباحث أثناء تطبيقة لدراسته الميدانية هروب بعض المسنين وقد يرجعه الباحث إلى إحساسه بالخجل والنفور من التفاعل فى المواقف الاجتماعية لديهم.

ويؤكد ذلك ما يراه محمد كامل (٢٠٠٤) أن هناك سببان رئيسيان للخجل هما: طريقة التنشئة ، وطريقة التفكير. فالأولى لا يمكن أن تغير فيها شيئاً. ولكن النقطة الثانية هى الأساس فبتغيير طريقة تفكيرك تستطيع أن تغير الكثير.

(محمد كامل، ٢٠٠٤ : ٥٤)

الاكتئاب *Depression*

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا، ويعد جزءًا من الحياة إذا ما نظرنا للفقد الذي يلاحق الإنسان وتكرار خيبات الأمل في الكثير من المشاريع النفسية والاجتماعية التي يحاول الإنسان إنجازها، والتي تدفع بالفرد إلى معاناة المشاعر الاكتئابية، بينما هناك من الأفراد الذين يعانون الاكتئاب كمرض حقيقي بصرف النظر عن الفقد وخيبات الأمل لوجود أسس بيولوجية وسيكولوجية تهيئ الفرد للوقوع في الاكتئاب والاستمرار فيه لفترات طويلة.

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩: ٧٧ – ٧٨)

وينتشر الاكتئاب بين كل الفئات العمرية وعلى الأخص فئة كبار السن أو المسنين فهناك حقيقة نفسية مؤداها أن الشخص الأكبر سنًا أكثر اكتئابًا وأن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا بين المسنين حيث تصل نسبته من ٤٪ إلى ٦٪ ويصل معدل الانتحار بين المسنين إلى ٢٥٪.

(Hayslip,1993, pp. 418– 420 في: أشرف عبد الحليم،٢٠٠٣: ٤)

فالمسن يحيا مرحلة عمرية أهم ما يميزها أنها مرحلة فقدانات والإمساك أو الإسهال ،حيث يفقد عمله ويبتعد عنه أبناءه وقد يفقد شريك الحياة ويفقد كذلك أصحابه وصحته وتتحول كل حياته إلى ماضي وذكرى ولذلك فالمسن يحيا الماضي عاجزًا عن التواصل مع العالم ويشعر بخواء الحياة وفقدانها لأي معنى، فالمسن يفقد اهتمامه الأصيل بالحياة وينتظر الموت ومن هنا فالمسنين هم أحوج الناس إلى الخدمات النفسية والمساندة الأصلية من خلال منهج علاجي ينبع من معاناتهم، قد يسهم في مساعدة المسن على تفسير نمط حياته وهدف يسعى من أجله. لأن من عنده هدف يسعى من أجله يستطيع أن يحيا في أي ظروف وبذلك

يؤدي الاستبصار بالمعنى إلى تحرر المسن من قيود تلك المشاعر السوداء والأفكار الاكتئابية الانتحارية. ولعلنا نحقق مقولة فرانكل بأن الطريقة التي يتقبل بها الإنسان قدره ويتقبل بها كل ما يحمله من معاناة والطريقة التي يواجه بها محنة كل هذا يهيئ له فرصة عظيمة حتى في أصعب الظروف لكي يضيف إلى حياته معنى أعمق. (طلعت منصور، ١٩٨٢ : ٩٦)

ومن الأعراض النفسية فقدان القدرة على الاستمتاع بأي شيء، الشعور الدائم بالاكتئاب، والضيق وعدم الرغبة في الحياة، سيطرة الأفكار السوداء على أفكار المسن مثل التفكير في الموت، عدم القدرة على بذل المجهود أو القيام بأي نشاط، فقدان الشهية للطعام، اضطراب النوم أو وجود أحلام وكوابيس مزعجة، الانطواء والبكاء بدون سبب، التوتر والقلق والثورة، وعدم التكيف مع من حوله من المحيطين.

وأما الأعراض العضوية كالأوجاع المختلفة في الجسم أوجاع في المفاصل، أو الظهر، أو الصداع، الآلام في الرقبة وعظام الجسم بصفة عامة.اضطراب الجهاز الهضمي ارتباط عملية الهضم، والإخراج، اضطراب الجهاز البولي مثل كثرة التبول أو التبول اللاإرادي، اضطراب الدورة الدموية آلام بالصدر – دوخة – فقدان الذاكرة – تنميل بالأطراف – عدم اتزان – صعوبة في المشي.

ويمكن أن تصل الاضطرابات المذكورة إلى حد إهمال الذات، وعدم الاهتمام بالمظهر العام. وفي هذه الحالة يكون الاكتئاب قد وصل إلى درجة شديدة تستحق التدخل العلاجي. (كلير فهيم، ٢٠٠٤: ٥٤ – ٥٥)

فالاكتئاب اضطراب يصيب الأعمار الكبرى، أي أنه كلما زاد العمر زادت احتمالات الإصابة بالاكتئاب، فقد أشارت الدراسات إلى أن الاكتئاب أخذ يوسع

قاعدته العمرية، بمعنى أن الإصابة بدأت تنتشر في الأعمار الصغرى (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ : ٣٢). ولا يعني – بالطبع – ظهور الاكتئاب في الأطفال اختفاءه أو تناقصه لدى الراشدين وكبار السن. مما لا شك فيه أن هناك العديد من العوامل التي تتضافر لكي ترسب الاكتئاب لدى كبار السن. كالتقاعد، وزواج الأبناء والاقتراب من نهاية العمر، وزيادة الأمراض الجسمية.

(جمعة يوسف، عزة مبروك، ٢٠٠٦ : ٥٩)

غير أن اللافت للنظر هنا هو أن المسنين والمسنات الذين يعيشون في الدور كانوا أعلى في القلق والاكتئاب وهو ما يعني على الناحية الأخرى أن المسنين والمسنات الذين يعيشون في المجتمع أفضل في الصحة النفسية.

(جمعة يوسف، عزة مبروك، ٢٠٠١ : ٥٩)

ومن هنا فالاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا في مرحلة الشيخوخة حيث تصل نسبة حدوثه من ٢٥٪ إلى ٣٠٪ وقد تصل إلى ٥٠٪ إذا أخذنا نوبات الاكتئاب التي لم تصل إلى حد المرضى في الاعتبار، ولذلك تعد الشكوى من الاكتئاب شكوى شائعة لدى المسنين ولعل من أسباب ذلك التغيرات الفسيولوجية والعضوية التي تسبب للمسن مشكلات عديدة وكذلك التقاعد وهذه الجوانب تسبب الاكتئاب. (Bromely, 1986, pp. 137 – 138 في: أشرف عبد الحليم، ٢٠٠٣ : ١٠١)

ويرتبط الاكتئاب لدى المسنين بالصحة العليلة فالاكتئاب قد يعبر عن نفسه في صورة أعراض عضوية وقد تكون الإعاقات الحسية وضعف بعض الحواس كالسمع والبصر أحد أسباب الاكتئاب وكذلك تسبب الفقدنات التي تحدث للمسن مثل فقدان الوظيفة وشريك الحياة والصحةوالفقدنات من هذا النوع تلعب دورها هي الأخرى في حدوث الاكتئاب. (صفوت فرج، ٢٠٠٠ : ٥٢٠)

ويعود الاكتئاب إلى عوامل بيولوجية مثل الاضطرابات البيوكيميائية وهناك عوامل ثقافية واجتماعية وعوامل نفسية، كما تختلف أعراض الاكتئاب لدى المسنين فنجد المسن يصيبه عدم القدرة على الإدراك وفقدان الحماس وعدم الرغبة في عمل أي شيء ويتشابه الاكتئاب عند عته الشيخوخة ومن العوامل التي تزيد من اكتئاب المسنين فقدان الأهل والأقارب وقلة الدخل والاعتماد على الآخرين والأمراض العضوية. (feeham, 2005, pp.287-288)

وتوحي النتائج السابقة بأن الإقامة في الدور تؤدي إلى نتائج سلبية، وأنها ليست حدثًا سعيدًا، وأن الذين يلجأون للإقامة في الدور إنما يضطرون لذلك اضطرارًا نتيجة لظروف عائلية واجتماعية تتعلق بعدم وجود شخص يقدم لهم أو لهن الرعاية، وذلك إما لزواج الأولاد والبنات، ووفاة شريك الحياة، أو لسفر هؤلاء الأبناء للخارج، أو لوجود مشكلات في التوافق مع الأبناء وزوجاتهم. وتؤدي الإقامة في الدور – إضافة إلى التقدم في العمر بالطبع – إلى تقلص منظومة المكانة الاجتماعية للمسن وتقلص علاقات الصداقة، وانخفاض التفاعل الاجتماعي، والشعور بالوحدة، والتفكير في اقتراب الأجل، كل ذلك من شأنه أن يكدس مشاعر القلق والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في الدور مقارنة بنظرائهم من المقيمين في المجتمع. وقد أشارت دراسة مرتبطة إلى أن كبار السن المتزوجين الذين يعيشون مع شركاء الحياة فقط أو مع الأطفال هم الأكثر تمتعًا بالصحة.
(Hughes & Watt, 2002, pp. 277 – 285)

ويرى الباحث أن الفرد الأكبر سنًا يعد أكثر اكتئابًا وأن الإكتئاب هو أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا فى مرحلة تقدم العمر، وغالبًا ما يرفض المسنين التسليم بأنهم مكتئبين وربما حاولوا إخفاء الإكتئاب من خلال مجموعة مختلفة

من ميكانيزمات الدفاع مثل: الإنكار، والتعبير عن الإكتئاب في صورة شكاوى جسمية وتوهم علل بدنية واضحة.

القلق: *Anxiety*

هو اضطراب من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب ، وهو جزء من الحياة البشرية ، او هو احد لوازم الوجود – لذا فالقلق بمثابة الحرص على الحياة وهو رغبة في الحياة اذ تزيد اليات العمل النفسية حين ينتابها شعور غامض بالخطر والتهديد. (عبد الستار ابراهيم ، عبد الله عسكر، ١٩٩٠: ٥٤ – ٥٥)

مما لاشك فيه ولأسباب متعددة تم إطلاق اسم: عصر القلق على القرن العشرين. وإذا كان المؤرخون يرصدون قيام حربين عالميتين وما ترتب على ذلك من قتلى وجرحى وضغوط وتوترات وغيرها، فإن القرن الواحد والعشرون قد أطل ومازالت الحروب الإقليمية مشتعلة، ليست فقط بين دولة وأخرى بل داخل الدولة الواحدة، ولعل أحداث (١١ سبتمبر ٢٠٠١) وما ترتب من شن حروب من قبل أمريكا على أفغانستان ثم العراق واحتلالهما، وتداعيات ذلك مع استمرار العنف اليومي في الحياة اليومية في العديد من المناطق خير معبر على استمرار القلق والضغوط وغيرها من صور وتنوعات الإضطرابات.

فقد حظى القلق بأكبر اهتمام من جانب علماء النفس والطب النفسي وغيرهما من التخصصات على حد سواء، حيث يقع إضطراب القلق Anxiety Disorder من وجهة نظر علماء النفس المرضى في القلب من الإضطراب النفسي، فالقلق محور العصاب Neurosis والمرض الجوهري المشترك في الإضطرابات النفسية بل في أمراض عضوية شتى، وهو أكثر فئات العصاب شيوعًا إذ يكون من ٣٠ – ٤٠٪ من الإضطرابات العصابية تبعًا للتصنيفات المبكرة، ويجمع الباحثون

على أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية، وأصبح القلق حجر الزاوية في كل من الطب النفسي - جسمي Psychos Matic والنظرية الطب نفسية *Psychiatric* والتطبيقية كذلك. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٤: ١٣ – ١٤)

ويمكن القول أن القلق سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة وبخاصة القلق تجاه مواقف الحياة فهو من أكثر الانفعالات شيوعاً فى هذه المرحلة إذ أن إدراك الفرد لموقفه على مدى الحياة وهو أحد العوامل السيكولوجية الهامة فى هذه المرحلة ففى نهاية الخمسينيات وبداية الستينيات يصبح الأفراد مشغولى البال بكم من العمر يمكن أن يعيشوا وما إذا كانوا سوف يصابون بمرض خطير وما الذى سوف يفعلونه فى وقت فراغهم بعد التقاعد وما الذى سيواجهونه عند وفاة أزواجهم.

(حسن مصطفى، راوية دسوقى، ١٩٨٨: ٥٣)

وبصفة عامة يبدو من المفيد تحويل بؤرة التركيز عما لا يمكن للمريض أن يفعله بسبب الإصابة بالمرض وبدلاً من ذلك تعليم المريض كيف يتعامل مع الضغوط وتشجيع قدر أكبر من النشاط وتعزيز الشعور بالسيطرة على الرغم من القيود الجسمانية أو القلق الذي يشعر به المريض *(Davison. G, Neal. J, 2004, p. 170)*

وقد اتضح من خلال الأبحاث والدراسات أن القلق المرضى يرتفع لدى المسنين في المرحلة العمرية من ٥٥ – ٩٠ عام. وأن القلق يرتفع عند النساء أكثر من الرجال.

(Hayslip, 1993, p. 430 في: أشرف عبد الحليم، ٢٠٠٣ : ١٠٤)

ويعد أكثر أنواع القلق شيوعًا لدى المسنين قلق الموت حيث وجد أن هناك ارتباط بين قلق الموت والتقدم في العمر فالتقدم في العمر يصاحبه بقلق الموت من تدهور الأحوال الصحية وسوء القدرة الوظيفية كما وجد أن قلق الموت يزداد بزيادة وقت الفراغ والمسنين يعانون من وجود وقت فراغ كبير لذلك سيشعرون أكثر بقلق

الموت. وقد وجد أن المسنين يزداد تفكيرهم في الموت على وجه العموم وعلى وجه الخصوص في الفترات التي يصيبهم فيها مرض فيعتقد المسن أنه ميت وأن هذا هو مرض الموت ويستبد التفكير في الموت بالمسنين ومن أكثر الأسباب التي تؤدي إلى التفكير الدائم في الموت هو وصول المسن إلى مرحلة الشيخوخة وتوقعه الموت في أي لحظة. (أشرف عبد الحليم، ٢٠٠٣ : ١٠٤)

ونرى أن القلق عرض مرضى لأن مرحلة التقدم في العمر وشعور المسن بأنه في اللحظات الأخيرة من عمره تجعله يشعر بالإضطراب النفسي وهذا يؤدي بذاته إلى قلقه على نفسه وما قدمه في حياته الدنيا أهو خيرًا أم شرًا! وأسئلة واستفسارات كثيرة مما ينتابه الحيرة والقلق الشديد دائمًا.

وبائيات انتشار القلق:

يصيب مرض القلق نحو خمسة في المائة من السكان في أي وقت بعينه، وهو يصيب واحد فى المائة تقريبًا إلى درجة العجز، وأغلب المصابون به (ثمانون في المائة من النساء، والغالبية من هؤلاء في سنوات القدرة على الإنجاب، وربما تعزى زيادة انتشار المرض في النساء بالنسبة إلى الرجال أي تعرض النساء لألوان من الضغوط أكثر من تلك التي يتعرض لها الرجال. (ديفيد شيهان، ١٩٨٨ : ٢٠)

إن إضطراب القلق العام يصيب من ٣ – ٨٪ من السكان في أي وقت وإن نسبة إصابة الإناث إلى الذكور تعادل ٢-١، وإن سن بداية الإضطراب تكون عادة في بداية سن الرشد. (Kaplan, H. & Sadock, B., 1996, p. 210)

وفي دراسة لأحمد عكاشة وجد أن حوالي ٢٠٪ من جميع المرضى المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسي، وهي أعلى نسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية.

كما تبين في مسح وبائي حديث في الولايات المتحدة إن نسبة انتشار إضطرابات القلق بين مجموع الشعب الأمريكي تصل إلى ٨٪.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ١١١)

العداوة:

يرى بارون ١٩٩٩ ان العداوة هى: " أى فعل يهدف إلي إيزاء الآخرين أو إلي اتلاف ممتلكاتهم بشرط توافر النية لإيقاع الاذى (Baron,1999.p.18)

كما أوضح "ستانلى باركر" أنه يتم تعلم السلوك العدوانى بنفس الطريقة التى يتم بها تعلم عدد من السلوكيات الاجتماعية، ونرى ذلك من خلال ملاحظة العدوان لدى بعض الأشخاص الآخرين وتقليد سلوكهم بهدف معرفة نظرة الآخرين إلينا. (Stanley Parker, 2007, P. 30)

وأن كثيراً من المشكلات النفسية أو إضطرابات السلوك لديهم مردها إلى إختلال أو توتر الوضع الأسرى أو العائلى، فإذا كان المناخ السائد يعمه عدم الإنسجام والنقد الجارح والعقاب البدنى، والقسوة فى التعامل فلابد أن تكون العلاقات بين الوالدين وأبنائهم مشوهة، وغالباً ما يبنى هذا النوع فى التفاعل على إتجاه الرفض من قبل أحد الوالدين أو كليهما لوجود الأبن كلياً أو عدم قبول سلوكه حتى وإذا كان هذا السلوك قابلاً للإصلاح مما يكرس السلوك الشاذ ويدعمه.

(Renfrew, J.w, 1997, pp. 76 - 78)

ويرى الباحث أن عدم توافق الأبناء مع أبائهم وإنتشار الجنان بينهم بنسبة كبيرة هو الذى يؤدى بهم إلى التشرد والإنحراف مما يزيد من حدة العدوانية لديهم وبالتالى يصبح المسن غير قادر على متطلبات حياته وتبدو إضطرابات

سلوكية عدوانية لديه إتجاه المجتمع وأصدقائه مما يؤثر على ظروف حياته المعيشية.

قلق الخواف: ***Phobias***

يرى كثير من الأطباء النفسيين أن الخوف المرضي جزء من القلق، ولو أن الخوف في حالة الخواف ينشأ مرتبطًا ببعض الموضوعات أو الأشخاص أو المواقف المحددة، والانفعال الشديد، والفزع والارتباك الذي يتملك الفرد في حالات المخاوف المرضية والخوف المرضى يشبه القلق وكل الاضطرابات العصابية من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره، وأن الشخص يعرف ذلك، ولكنه يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط انفعالاته بصورة بناءة، بما ينتهي به أيضًا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية والاجتماعية. (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ : ٢٦)

ويعرف الخواف بالمفهوم الرئيسى للخوف من الخزى والارتباك وقد يكون الموقف الذى يخافه الشخص متقطعاً مثل الكلام أمام جمع من الناس أو تناول الطعام برفقة آخرين فى أماكن عامة أو يكون عام حيث تكون معظم المواقف الاجتماعية مخيفة للشخص مثل التحدث فى التليفون، أو البدء محادثة مع الغرباء أو حضور حفل أو التعامل مع شخص ذى سلطة وقد يشتمل القلق على أعراض الاستثارة الذاتية مثل ضربات القلب الشديدة وتصبب العرق والارتجاف واحمرار الوجه.(محروس الشناوى، محمد عبد الرحمن، ١٩٩٨: ٢٧٧ : ٢٧٨)

وعرف هذا الإضطراب بمسميات عديدة مثل الرهاب أو الفوبيا ويعرفه الدليل التشخصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية DSM – IV باسم المخاوف الخاصة والتي تعني الخوف الواضح المتواصل والمفرط غير المعقول من مواقف

وموضوعات معينة، والتي تؤدي إلى تجنبها، مما قد يؤثر على العديد من الوظائف الحياتية والاجتماعية لدى الفرد. (*APA., 1994, P. 110*)

كما يحدد الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض النفسية والعقلية الإصدار الرابع (*DSM-IV, 1994*) العلامات التشخيصية التالية:

أ- خوف واضح ومستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية التى يتعرض فيها الفرد لأناس غير مألوفين له أو للتفحص من قبل الآخرين ويجب أن يحدث القلق فى موقف الرفقة وليس لمجرد التفاعل مع الكبار.

ب- التعرض للموقف المخيف من شأنه أن يولد القلق فى أغلب الأحوال بشكل متباين والذى قد يأخذ صورة القيد الموقفى أو نوبة الهلع، ففى الأطفال قد يعبر عن القلق بالبكاء والنوبات أو الابتعاد عن المواقف الاجتماعية التى فيها أناس غير مألوفين لهم.

ج- يعرف الشخص أن الخوف مبالغ فيه أو غير منطقى.

د- المواقف الاجتماعية المخيفة يجرى تجنبها أو يكون تحملها مع قلق وأسى شديد.

هـ- أن التجنب أو الترقب للقلق أو الأسى فى المواقف الاجتماعية يتدخل بشكل جوهرى مع النظام العادى للشخص أو أداءه المهنى أو (الأكاديمى) أو الأنشطة الاجتماعية أو العلاقات أو أن يكون هناك أسى حول وجود هذا الخوف.

ويعرض محمد كامل (٢٠٠٤) إلى الأسباب التي تؤدي للإصابة بالفوبيا حيث ينتج هذا الخوف عن صراع أو إحباط شديد يسيطر على المريض، كما ينتج عن حالات معينة تعترى الفرد بحيث لا يستطيع السيطرة عليها، ينتج عن عدم الشعور بالأمان، تحدث حالات الفوبيا بسبب كبت الفرد لما يشعر به، كما تحدث



نتيجة لخبرات الفرد السلبية التي عانى منها في مرحلة من مراحل الطفولة، وتكون هناك علاقة لا شعورية بينها وبين الشيء الذي يخافه، تحدث بسبب القلق والاضطراب النفسي.

ويرى "إبراهيم مغازي" (٢٠٠٨)* أن كل هذه الظواهر السيئة تمثل ضغوطًا نفسية تؤثر على الصحة النفسية لإنسان هذا القرن الـ ٢١ فأصيب بالقلق العصابي والخوف المرضي اللذين هما مفاتيح لكل الأمراض النفسية والذهنية بل أثرت أيضًا على تكيفه الاجتماعي والنفسي بجميع أشكال تكيفه وتوافقه لا سوية.

فهو إما ينافق ويساير الأقوى مع أنه غير راض عن ذلك من أجل الحصول على مصلحته أو يساير وينافق حتى يقوى ويتمكن منه طبقًا للمثل العام "يتمسكن حتى يتمكن" لإشباع حاجاته الضرورية والنفسية وإذا عارض فتهمة الإرهاب والمحاكمة في جوانتانامو وتنتظره أو محاكمته الدولية في لاهاي بتهمة مجرم حرب.

البارانويا التخيلية *Paranoia*

هي استجابة ذهانية أعراضها التدهور البسيط، وقد لا يوجد هذا التدهور، وتتسم الهزاءات بالمنطق، ولكنه منطق لا يقوم على أساس صحيح. ولو كان الأساس صحيحاً لصحت كل النتائج فعلاً، ولكن هذا الغرض متوهم أساساً. وأسباب الهزاء غير معروفة تمامًا، ونجد في تاريخ الفرد شعورًا قويًا بالنقص ناتجًا من الفشل، وأعراض الهزاء تكون عكسي لاستجابة الشعور بالذنب.

ويصاب العديد من المسنين بمرض البارانويا حيث الهزاءات والهلاوس وقد تكون البارانويا مصاحبة للعته أو الإكتئاب وقد تنفصل عنها وتنتج عن العزلة أو ضعف القدرات الفعلية ومن علاماتها اعتقاد المسن أن هناك من وضع السم في

* إبراهيم مغازي. جريدة المساني "منبر للرأي" الصفحة الخامسة بتاريخ ٢٠٠٨/٨/٢٧.

الطعام ورد الفعل البارانويدي يلقي الضوء على حياة المسن اليومية فقد نجد المسن يلصق ألتهم بالآخرين ويتهمهم بالخيانة وحالات البارانويا لدى المسنين يصعب علاجها لأن المسن مريض البارانويا يفقد الثقة في الآخرين ويعيش منعزلاً في عالم وحده. (Hayslip, 1993, p. 431 في أشرف عبد الحليم، ٢٠٠٣ : ١٤)

وتتمثل في مجموعة الخصائص التي يتسم بها سلوك الشخص البارانويدي كالتذمر، والاستياء، والامتعاض، والتشكك في نوايا ودوافع الآخرين، والإحساس بالاضطهاد، والشعور بالإهمال والاستهانة. (مجدي الدسوقي، ١٩٩٩ : ٦٣٠)

الذهانية: Psychoticism

ويشير مصطلح الذهانية إلى سمة شخصية عامة توجد عند كل الأفراد بدرجات مختلفة، فإذا وجدت عند الشخص بدرجة واضحة فإنها تعنى أن لديه استعداد لنمو اضطرابات ذهانية. إلا أن الشخص الذى لديه مثل هذه الحالة يكون فى وضع بعيد جداً عن الذهان العقلى.

(أيزنك ترجمة صلاح الدين أبو ناهية، ١٩٨٩: ٥)

ويمكن تقسيم الذهان بوجه عام إلى قسمين رئيسيين هما:

أ- الذهان العضوى: Organic psychosis

والذى يرجع المرض فيه إلى أسباب وعوامل عضوية حيث يرتبط بخلل فى الجهاز العصبى ووظائفه، مثل ذهان الشيخوخة، وذهان الناجم عن عدوى أو عن اضطراب الغدد الصماء أو عن الأورام التغذية أو الأيض، أو عن اضطراب الدورة الدموية... إلخ.

ب- الذهان الوظيفى: Functional psychosis

وفيه يصبح الشيخ أقل استجابة وأكثر تركزاً حول ذاته ويميل إلى الذكريات وتكرار حكاية الخبرات السابقة، وتضعف ذاكرته ويقل اهتمامه وميوله، وأيضًا

تضعف طاقته وحيويته ويشعر بقلة قيمته في الحياة، وهذا يؤدي إلى الاكتئاب والتهيج وسرعة الاستثارة والعناد والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير.

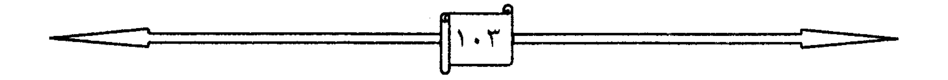
(رشاد عبد اللطيف، ٢٠٠٢ : ١٢٨)

ويرى الباحث أن أهم أعراض ذهان الشيخوخة عدم القدرة على تذكر الأحداث القريبة، كما يعجز المسن عن عدم معرفة عنوان منزله وخصوصاً في فترة الليل، وحدوث اضطرابات لديه في النوم، وعدم استطاعته على تكوين علاقات صداقة مع الآخرين.

الضغوط وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية:

تحدث الضغوط الكثير من الاضطرابات النفسية منها ما يلي:

- **الحزن:** "إن الحزن انفعال مضاد للفرح والسرور، وهو يحدث إذا فقد الإنسان شخصًا عزيزًا، أو شيئًا ذا قيمة كبيرة أو حلت به كارثة أو فشل في تحقيق أمر مهم. (محمد نجاتي، ٢٠٠١: ١٠١ – ١٠٢)
- **زيادة التوتر:** إذ تقل القدرة على الاسترخاء العضلي، ومن ثم يحدث القلق.
- **زيادة معدل الوساوس القهرية:** حيث ينزع الفرد إلى الشكاوى التخيلية بجانب الاضطرابات الواقعية.
- **ظهور الاكتئاب والإحساس بالعجز:** إذ تنخفض شدة حيوية الفرد ويزداد لديه الإحساس بالعجز تجاه تأثيره في الأحداث أو المشاعر المرتبطة بها.
- **التهيجية:** التهيج المفرط أو غير السوي، وسرعة الانفصال، والعصبية وانفجار الغضب، والصراخ وكثرة البكاء.
- الخوف ونوبات الهلع والزعر وانعدام القيمة.



- الإحساس بالإحباط، والشعور بالاستنزاف الانفعالي أو الاحتراق النفسي.

- انخفاض الإحساس بتأكيد الذات بشكل حاد، فينمو الإحساس بانعدام الكفاءة أو الشعور بعدم القيمة.

- الشكوى من مشكلات جسمية غير واقعية، وتوهم المرض، والإحساس بالوهن والتعب المتواصل. (حسن مصطفى، ٢٠٠٥ب: ٨٣ – ٨٥)

- بعض اضطرابات الأكل: Eating Disorders وتنقسم إلى:

- فقد الشهية العصبي: Anorexia Nervosa

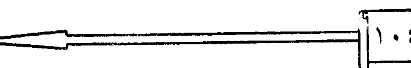
يعرف بأنه فقد خطير في الوزن مصحوب باختلال في صورة الجسم حيث يبقى المريض خائفًا من زيادة وزنه. ومن الأسباب الرئيسية لفقد الشهية العصبي الضغوط الشديدة التي قد يتم فيها تجنب الطعام إلى درجة الموت جوعًا.

- الشره العصبي: Bulimia Nervosa

وهو أحد اضطرابات الأكل الذي يتضمن شرها شديدًا للأكل وإفراطًا كبيرًا فيه يتلوه شعور بالذنب والاكتئاب ولوم النفس بقولها ذلك. ويرتبط الشره العصبي بالضغوط بشكل واضح حيث يرى الباحثون في هذا المجال أن هذا الاضطراب قد يحدث مصاحبًا للاكتئاب، كما أنه قد جاء على لسان أحد المرضى قوله: "تبدأ هذه الحالة دائمًا عندما استيقظ وأشعر أنني حزين أو يقول شخص ما شيئًا يزعجني، عندئذ أشعر بدافع قوي للأكل ....".

وهذا يفسر الارتباط بين مرض الشره العصبي والضغوط حيث يأكل المريض بشراهة وهو تحت سيطرة مجموعة من الضغوط.

(محمد عبد الرحمن، ١٩٩٩: ٢٢٧ – ٢٣١)



فيؤكد هانزسيلي Selly في نظريته عن الضغوط الانفعالية، أن الضغوط التي يقع الإنسان تحت وطأتها، تمثل حجر الزاوية في كافة الاضطرابات النفسية.

(هبة الله أبو النيل، ٢٠٠٢ : ٧)

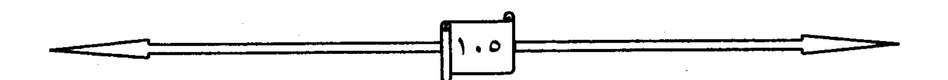
وعلى نحو مشابه أرجع "وولف" Wolf الاضطرابات النفسية إلى القلق والتوتر، الناتجين عن التعرض للأحداث الشاقة، واللذين يؤديان إلى زيادة إفرازات الهرمونات وعصارات الغدد بقدر لا تتحمله الأجهزة الجسمية الداخلية، فتضطرب وظائف الأعضاء (كما يحدث في حالة قرحة المعدة Gastric ulcer ، وقرحة القولون Uleerative colites (Kaplan h, sadock B, 1996, p. 113)

كما يشير ريس Ress إلى أن فقد الوالدين وما يصاحبه من تفاعلات الحزن. يعتبر من أهم أنواع الضغوط التي لوحظ تزامنها مع بداية حدوث المرض لدى نسبة كبيرة من المرضى في معظم أنواع الأمراض النفسية ويعتبر "ريس" فقد أحد الوالدين وما يصاحبه من تفاعلات الحزن سببًا جوهريًا في نشأة تلك الأمراض.

(في هبة الله أبو النيل، ٢٠٠٢ : ٨)

ويرى الباحث أن الضغوط والاضطرابات النفسية معًا تؤدي إلى زيادة المرض النفسي بشكل خطير وبالتالي فهو يؤدي إلى تغير نمط حياة المسن – وتعد استخدام مصادر الضغوط التي يستخدمها الباحث في تلك الدراسة خير دليل على قائمة الأمراض النفسية من (قلق، اكتئاب، الوسواس القهري، .... الخ).

وينبغي الإدراك أن الاستعداد للمرض النفسي أو العقلي إذا ظل كامنًا في الفترات السابقة للفرد، يمكن أن يظهر بوضوح في مرحلة الشيخوخة أو يبدو على شكل نوبات اضطراب في الناحية العقلية يتخللها فترات طبيعية.



فالمسن يفقد قدرته على المقاومة والتكيف مع بيئته، وتصبح العمليات الخاصة بفقد الناحية الوظيفية للخلايا في حالة استمرار، فينشأ عن ذلك في بعض الأحيان ظهور الأمراض العقلية.

وكان الاعتقاد السائد سابقًا أن التغيرات الناتجة عن فقد الخلايا الوظيفية بحكم السن، هي السبب المباشر والوحيد للاضطرابات النفسية والعقلية في المسنين .. ولكن "روتشيلد" أحد العلماء المهتمين بهذا المجال وجد أن هذه التغيرات تؤدي إلى فقد الناحية الوظيفية، وفي الوقت نفسه تحدث محاولات تعويضية في مكونات الجهاز العصبي السليمة .. وهذه الاستجابات تؤدي إلى التكيف .. فمثلاً الشك وسهولة الإثارة والمعتقدات الخاطئة هي ظواهر طبيعية لما فقد. (كلير فهيم، ٢٠٠٤ : ١٤)

ونرى أنه من حق كل مسن أن ينعم بمناخ أسرى وإجتماعى سليم ليمكن رعايته بأفضل الطرق الممكنة، فهى فئة أحق بالرعاية والاهتمام من قبل المجتمع، لتحقيق ما يآمله المجتمع فى تكون أفراد أسوياء.

يتضح من العرض السابق أن الإضطرابات النفسية لدى المسن لا ترجع إلى إنخفاض مستوى القدرة العقلية أو الذكاء بقدر ما ترجع إلى الظروف البيئية والاجتماعية التى تعرض لها هؤلاء المسنين، مثل: الفقر، طلاق الوالدين، فقد الزوج أو الزوجة، وهذا يقودنا إلى الحديث عن البند الرابع.

الفصل الرابع

رابعـــاً: المسـنين

مقدمة:

يشهد العالم مع بداية الألفية الجديدة زيادة كبيرة غير مسبوقة في أعداد ونسب المسنين، وإذا كانت الدول المتقدمة قد دخلت بالفعل في الثورة الديموجرافية الثانية، ومصر والدول النامية على وشك أن تخبر هذه الثورة، فإن النظرة المستقبلية تحتم ضرورة الاهتمام بفئة المسنين باعتبارها إحدى الفئات السكانية المهمة التي تعيش مرحلة عمرية تتسم بخصائص وملامح تميزها عن بقية الفئات العمرية الأخرى، وتستحق هذه الفئة تقديم الكثير من أوجه الرعاية لها، نظرًا لما قدمته للمجتمع في كافة مجالاته ولما ساهمت به من تنشئة وتعليم الأجيال وذلك في إطار قيم المجتمع المصري.

وقد حظيت فئة كبار السن باهتمام كبير على الصعيد المحلي والعالمي في الربع الأخير من القرن الماضي باعتبارها فئة قادرة على المنح والعطاء والمشاركة الفعالة وكانت بدايات هذا الاهتمام بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة عام ١٩٧٨ واعتبار عام ١٩٨٢ عامًا دوليًا للمسنين. ثم اعتبار ١٠ أكتوبر من كل عام يومًا للمسنين وذلك لتعبئة جهود الدول والهيئات للاهتمام بالمسنين. (عبد الخالق عفيفي، ١٩٩٨ : ١٦). حيث بدأ الاهتمام والانشغال بالشيخوخة منذ أقدم العصور كما يظهر ذلك في الأساطير اليونانية القديمة، وكذلك كما تظهره البردية المصرية المشهورة باسم أودين سميث Edwin Smith والتي تصور ما يصاحب الشيخوخة من ضعف ومرض وعجز الرغبة في استرداد الشباب والصحة.

(عصمت الوصيف، ٢٠٠١ : ٨١)

فالمسنين بالفعل هم ثروة بشرية حقيقية لكل شعب والاهتمام بهم ورعايتهم وحفظ صحتهم وتعزيزها، وتنشيط دورهم الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والتربوي

تم استخدام أكثر من مصطلح للمسنين مثل: الكبر – كبار السن "المعمر" – التشيخ – الشيخوخة.

بما اكتسبوه من خبرات وتجارب، وبما يمثلونه من زيادة ومثل عليا، إنما هو أيضًا معين هائل لعملية التنمية في كل المجالات إذا أحسنا الاهتمام بهم، وتلقوا الرعاية المناسبة، وإلا فإنه قد يصبحون عبئًا على التنمية نفسها في حال تجاهلهم وإهمال قضاياهم وتردي أوضاعهم الصحية والاجتماعية، ناهيك عن أن من يهتم بالمسنين إنما يهتم من حيث الجوهر بمستقبل كل فرد وأسرة ومجتمع. فالشيخوخة ليست مرادفة للعصور الحديثة، فهناك اهتمام وانشغال بالشيخوخة من قديم الزمان، وبرغم أن هناك آراء ترى أن تقدم العمر (كبر السن) كان شيئًا شديد الندرة في عصور ما قبل التاريخ، فإن الأساطير والآداب العالمية تزخر بالكثير من اللوحات الأدبية التي تصور الشيخوخة بكل آلامها وعجزها وما تثيره في نفوس أصحابها من مرارة وشعور بالوحدة والعزلة. ومن أمثلة الآداب العالمية التي تعرضت لموضوع الشيخوخة – تلك الصورة الإنسانية التي عرضتها الكاتبة الفرنسية "سيمون دي بوفوار" Simon de Beouvior وتضمنت بعض الإشارات العميقة عند اقترابها من الشيخوخة. (Bryant, L. & Kutner, J, 2001, pp. 91 – 95)

ولأن عامل السن وحده كمحك للشيخوخة لا يعتبر محكًا كافيًا يثير بعض الجدل بين العلماء، وذلك لأنه ربما يشيخ الشاب ويهرم نفسيًا وهو في عنفوان قوته، كما يقبل شيخ على الحياة بإيجابية وحيوية وهو في سن يفترض عندها انطفاء جذوة طاقته الجسمية والنفسية (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٤ : ١٧٦)، إذ أن المجتمع في حاجة ماسة إلى جهود المسنين في كثير من الأعمال حتى غير الرسمية باعتبارهم جيل الخبرة وبوصول الفرد إلى سن التقاعد فإنه يشعر في أعماق نفسه بالقلق والمخاوف وقد تؤدي به إلى الانهيار العصبي، ومن الناس من تفاجئه الصدمة فتنهار صحته، وذلك عندما تفرض عليه حياته الجديدة بعد التقاعد

أسلوبًا جديدًا من السلوك لم يألفه من قبل ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق لنواحيه المختلفة. (نبيلة صالح، ٢٠٠٢ : ٥٣)

كذلك فإن المسن في هذه المرحلة من العمر يتوقع أن يأخذ مقابل سنين العطاء الطويلة، يتوقع أن يقابل بالعرفان والتقدير ممن أفنى حياته في خدمتهم من ذرية أو عم. وفي الغالب أن سلوكيات المسنين تكون محكومة بظروف حياتهم عبر السنين وأنماط شخصيتهم وظروف حياتهم الحالية وإن فرض عليهم الواقع ذلك التغيير فإنهم يواجهون بالرفض وعدم القبول وعدم القدرة على التكيف وبالتالي الشعور بالاضطراب والقلق والخوف أو حتى الكآبة. (فؤاد عبد الله، ٢٠٠٧ : ٢)

وهذا فإن ميدان البحث في سيكولوجية المسنين يتسع أكثر مما يضيق. وإن الحقائق التي تتضح بالبحث العلمي يجب أن تحل محل الخرافات السائدة حيث أن المسنون يمثلون شريحة من المواطنين الذين يتميزون بطبيعة سيكولوجية خاصة تستلزم التفهم الواعي الكامل لاحتياجاتهم ومتطلباتهم أو المتغيرات المؤثرة والمرتبطة بهذه المرحلة من العمر. (عبد السلام الشيخ، هبة ربيع، ٢٠٠٦ : ١٠٦)

ولذلك فالمسن عندما يصل إلى مرحلة الشيخوخة فإنه يواجه العديد من العقبات النفسية والمادية التي يجد صعوبة في التغلب عليها فجيل المسنين يواجه العديد من الاضطرابات النفسية وهذه الاضطرابات تظهر في الغالب في نهاية فترة منتصف الحياة لأنه في هذه الفترة تحدث للفرد العديد من التغيرات مثل التغير في نشاط الغدد الصماء ومعدل الأيض وغيرها من الجوانب الفسيولوجية وهذه المرحلة من العمر تسمى من اليأس. (أشرف عبد الحليم، ٢٠٠٣ : ٨٦)

التعريف بالمسنون: "The – old – aged"

قدمت العديد من الموسوعات والقواميس اللغوية تعريفات كثيرة للمسنين منها:

يعرف المعجم الوسيط الشيخ: (شَاخَ) الإنسانُ – شَيْخًا، وشَيُوخَة، وشَيْخُوخَةً: أسَنَّ

(**شَيَّخَ**): شاخَ. و- فلانًا: دعاهُ شيخًا

(**تَشَيَّخَ**): تكلَّف الشَّيْخُوخَة. (الشُّياخُ): الشيخوخة المبكرة تنشأ عن النمو غير السّويّ.

(**الشَّيْخُ**): مَنْ أدرك الشيخوخة، وهي غالبًا عند الخمسين، وهو فوق الكهل ودون الهَرم.

– ذو المكانة من علم أو فضل أو رياسة. وشيخ البلد: من رجال الإدارة في القرية، وهو دون العمدة. (ج) شُيوخ، وأشياخ.

(مجمع اللغة العربية، ١٩٩٠ : ٣٥٥)

فتذكر موسوعة علم النفس والتحليل النفسي أن الشيخ المسن Aged هو أحد التقسيمات الاجتماعية للأفراد، فالفرد المسن هو الفرد الذي يعتبره المجتمع قد وصل إلى مرحلة عمر يترتب عليها مجموعة من الحقوق والواجبات والامتيازات، فالفرد المسن في المجتمع المصري هو الفرد الذي وصل إلى سن المعاش (٦٠ سنة) وبالتالي يعفي من مسئولياته وواجباته الرسمية، وتعطى له حقوقه وامتيازاته التي تكفل له الحياة الكريمة، دون أن يطلب منه بذل مزيد من الجهد في هذه السن. وهناك مجتمعات أخرى تعطي مزيدًا من الخدمات والامتيازات والرعاية لهؤلاء الأفراد وتعتبرهم المواطنين الأوائل في مجتمعهم، كزيادة في تكريمهم ورعايتهم والاهتمام بهم. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣ : ٤١٩)

وتعرف الشيخوخة بأنها تحول بيولوجي غير قابل للارتداد يحدث في تطور مستمر وتتأثر تلك المرحلة بالظروف والتغيرات التي تعتريها فقد يكون التشيخ في صحة إذا حدث في بيئة ورعاية جيدة لذلك لا يوجد نمط محدد لعلاقات الشيخوخة ولكن لكل فرد نمط وسبيل مع طول العمر وهناك رأي بأن الشيخوخة تغير طبيعي في حياة الإنسان أي أنها تطور فسيولوجي شأنها شأن مختلف مراحل العمر.

(يس شريف، ٢٠٠٠: ١٧ – ١٨)

وعلى الرغم أيضًا أن هناك اختلافات بين الباحثين حول مفهوم الشيخوخة والتقدم في العمر إلا أن هناك بعضًا من جوانب الاتفاق لهذه التعريفات التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

(أ) أن هناك تفسيرًا في وظائف الكائن الحي بعد بلوغ فترة النضج.

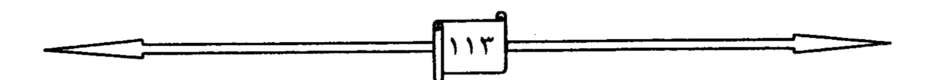
(ب) أن هذا التفسير هو حصيلة عدد من التراكمات البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي يمر الفرد بها في حياته.

(جـ) أن العمر الزمني وحده غير كافي لتفسير التغيرات التي تطرأ على الفرد في مرحلة الشيخوخة. (عبد اللطيف خليفة، ١٩٩٧ : ١٥)

ويعرف "بيت وأندرسون" Pitt & Anderson الشيخوخة على أنها "انخفاض تدريجي في الوظيفة والأداء نتيجة لتقدم العمر، ويرجع هذا الانخفاض إلى الإرهاق العائد إلى تجمع الظروف والأحداث المجهدة والمسببة للإجهاد والمشقة.

(Pitt & Anderson, 2002, P. 117)

وترى "هويمان وكياك Hooyman & Kiyak، أن مفهوم التقدم في العمر يتحدد بدلالة أربعة عمليات منفصلة هي:



(أ) الشيخوخة الزمنية: Chronological Ageing

والتي تحدد الشيخوخة بناء على سنوات عمر الإنسان، وبالتالي يكون الشخص الذي عمره (٧٥) عامًا أكبر زمنيًا من الشخص الذي يكون في الأربعين من عمره، ولا ترتبط تلك الشيخوخة الزمنية بالضرورة بالصحة الجسمية للفرد أو قدرته العقلية، أو حالته الاجتماعية.

(ب) الشيخوخة الحيوية: Biological Ageing

وتشير إلى التغيرات الجسمية التي تؤدي إلى تقليل كفاءة أجهزة الجسم مثل الرئة، والقلب، والجهاز الهيكلي، ويعود السبب الرئيسى لحدوث هذه الشيخوخة إلى انخفاض عدد الخلايا التي لا يتم إحلالها. وكذلك التغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي والغدد والتفاعلات الكيميائية

(جـ) الشيخوخة النفسية: Psychological Ageing

وتتضمن التغيرات التي تحدث في العمليات الحسية والإدراكية والوظائف العقلية (مثل التذكر والتعلم والذكاء) وكذلك التغيرات التي تحدث في الشخصية والدوافع والحوافز.

(د) الشيخوخة الاجتماعية: Social Ageing

وتشير إلى التغيرات التي تحدث في أدوار الفرد وعلاقاته داخل البناء الاجتماعي مع أفراد عائلته، وأصدقائه في العمل وأعضاء المؤسسات المختلفة مثل الجماعات الدينية والسياسية.

(Hooyman & Kiyak, 1991, p. 422 فى: جمعة يوسف، عزة مبروك، ٢٠٠٦: ٤٩ – ٥٠)

وتوجد في تراث علم النفس المعاصر تسميات كثيرة لهذه المرحلة، فهي الرشد المتأخر Late Adult hood أو التعمير Aging أو التقدم في السن Elderly أو الشيخوخة Senescence أو ما بعد النضج Post maturity، والتسمية الشائعة

لدى بعض المجتمعات الحديثة هي "المواطن الكبير" Senior Citizen وهذه التسمية في اللغة الإنجليزية لا تحمل معنى التقدم في السن فحسب، وإنما تتضمن أيضًا معاني الاحترام والمكانة الرفيعة والقدر العالي.

(أمال صادق، فؤاد أبو حطب، ١٩٩٩: ٥٨٧ ـ ٥٨٨)

ويصنف عادل الأشول مفهوم الشيخوخة إلى ثلاثة اتجاهات عرضها في كتابه "علم النفس النمو" وهي:

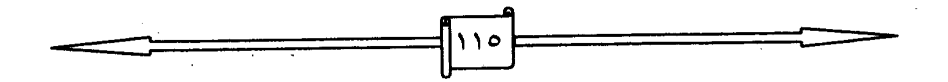
(أ) **الشيخوخة البيولوجية**:وتشمل التغيرات التي تحدث في جسم الإنسان في المراحل الأخيرة من الحياة وهذه التغيرات قد تبدأ بفترة طويلة قبل أن يصل الإنسان إلى سن الخامسة والستين.

(ب) **شيخوخة الشعور**:وتشمل هبوط القدرة على التكيف لمواجهة التغيرات في البيئة المحيطة فعلى سبيل المثال فإن المسنين عندهم صعوبة في التكيف إذا انتقلوا إلى مسكن جديد أو إلى مستشفى على سبيل المثال. وجميع هذه التطورات والتغيرات لا تحدث معًا في زمن محدد ولجميع الأفراد فهناك فرد قد يصيبه العجز في كل هذه المظاهر في سن الستين بينما فرد آخر وفي نفس السن نجده يتعلم بهمة مهنة جديدة ويتكيف بسهولة في وظيفة جديدة.

(جـ) **شيخوخة الإدراك أو المعرفية**:وتشمل هبوط القدرة لتحصيل معلومات جديدة وتقبل سلوك وأفكار جديدة. (عادل الأشول، ١٩٩٨: ١٦٢)

وظاهرة من ظواهرها إذا بدأت فهي مستمرة وبطريقة غير ملحوظة مثل الزمن وهي إذا بدأت لا تنظر إلى الوراء ولا تعود إلى الشباب.

(رشاد عبد اللطيف، ٢٠٠٢ : ١٨)



كما قام العلماء بتقسيم الشيخوخة إلى شيخوخة أولية Primary Aging، أو الشيخوخة الطبيعية Normal Aging وشيخوخة ثانوية Secondary Aging، وتشير الشيخوخة الأولية إلى حالة من تقدم السن غير مصحوبة بأمراض، وتحدث لدى كل الأفراد، وتحدث فيها تغيرات تدريجية، ويكون فيها المسن قادرًا على العمل والعطاء، ويتمتع بصحة جيدة. أما الشيخوخة الثانوية، فهي تحدث لمعظم الأفراد، وتمثل فقدانًا جوهريًا أو انحرافًا سلبيًا في القدرة على العمل والعطاء، وقد تحدث نتيجة لثلاثة عوامل هي المرض disease، أو سوء الاستخدام Abuse أو عدم الاستخدام disuse. (Perlmutter & Hall, 1999, pp. 80 – 81)

فالشيخوخة مفهوم يشير إلى مجموعة التغيرات التدريجية المتمثلة في عدد التغيرات الجسمية (مثل ضعف الصحة والإصابة بالأمراض الحادة والمزمنة) والتغيرات الاجتماعية المتمثلة في (تغيير الأدوار التي يقوم بها المسن كالتقاعد)، والتغيرات في الشخصية (مثل التغيرات المزاجية والعقلية) وتكون هذه المرحلة محيطة أو مرضية وفقًا لقدرة الفرد على التوافق مع هذه التغيرات المتعددة.

(أشرف عطية، ١٩٩٩ : ١٤٥)

إلا أن هناك قدرًا كبيرًا من الخلاف بين الباحثين على توصيف هذه المرحلة وتسميتها، فتتنوع التسميات الغربية فيما يعرف بالكبر أو التعمر، أو الرشد المتأخر Late Adult hood، أو ما بعد النضج Post maturity، أو التقدم في السن، أو الشيخوخة، كما يحفل التراث العربي أيضًا بعدد وافر من التسميات التي تطلق على المسنين لعل من أكثرها شيوعًا: الكبير والمسن والشيخ والعجوز والهرم والفاني، وهناك من يطلق على هذه المرحلة العمر الثالث للإنسان أو مرحلة الضعف الثاني بعد مرحلتي الطفولة والرشد. (أمال صادق، فؤاد أبو حطب، ١٩٩٥: ٥٨٧ – ٥٨٩)

ويرى ويكس أن الشيخوخة يمكن ملاحظتها ورصد آثارها على الفرد وأننا عندما نحاول تعريف الشيخوخة نجد أنها تتميز بخصائص ثلاث هي: **أنها تغيرات** تدريجية تحدث بمرور الوقت وبها يفقد الإنسان صلاحيته ، **كما أنها ظاهرة عالمية** يتعرض لها الإنسان في كل مكان وزمان، وهى في النهاية تؤدي إلى الموت.

(Wick Age, 1998, P. 2)

وعلى الجانب الآخر عرف البعض الشيخوخة بأنها حالة من القصور البيولوجي العام تؤدي إلى موت الإنسان كنتيجة لانهيار العمليات العضوية الحيوية كما أنها تزيد من احتمالات الموت بسبب تزايد تعرض المسنين لأنواع من العدوى أو المضاعفات التي تنتج عن التعرض للحوادث أيضًا كما أن الشيخوخة ليست فقط نتاجًا لتدهور بيولوجي وإنما هي جزء منها نتاج للظروف الحضارية والاقتصادية فالشيخوخة هي مرحلة من مراحل دورة الحياة، يحددها بشكل أو بآخر فمعتقداتنا حول الإنسان والطبيعة، وهي خاضعة للأنظمة السائدة من اتجاهات وقيم فشيخوخة الإنسان يمكن اعتبارها ظاهرة اجتماعية بيولوجية.

(عزت إسماعيل، ١٩٨٤ : ١٨)

وهناك عدد من الدراسات الأجنبية التي اهتمت بدراسة علاقة العمر بالإبداع وذهبت إلى أن أعمالاً خالدة صنعها أصحابها في مرحلة شيخوختهم أمثال شكسبير وبيتهوفن، ولدينا الكثير ممن أبدعوا في نهايات العمر أمثال توفيق الحكيم، نجيب محفوظ، مهدي علام، ذكي نجيب محمود وغيرهم في مجالات شتى.

(خالد عبد الغنى، ١٩٩٨ : ٤٦)

ويعرف الباحث الشخص المسن بأنه كل من تجاوز سن الستون من العمر وتقاعد عن العمل لتدهور حالته الصحية والعقلية العامة نتيجة إلى مجموعة من



التغييرات الجسمية والاجتماعية والنفسية التي تحدث بعد سن الرشد في الحلقة الأخيرة من طور الحياة وذلك لاختلاف الأفراد في مستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية والخلفية التربوية وظروف حياتهم وكذلك الاختلاف في الجنس كرجال ونساء كل هذه العوامل تسهم بدورهم في اختلاف الشيخوخة من فرد إلى آخر.

محددات بداية الشيخوخة Aging or Senility

تزخر الآداب العالمية بكثير من اللوحات الأدبية الرائعة التي تصور الشيخوخة بكل آلامها وضعفها وعجزها وبأسها، وما تثيره في النفوس من أسى وإشفاق أو من سخرية، وكذلك من مرارة وشعور بالوحدة والانعزال مثال ذلك .. الصورة اللاذعة للكاتب البريطاني جوناثان سويفت "Jonathan Swift" في كتابه الشهير "رحلات جيلفر" وفيه يصور الخلائق الذين حرموا من نعمة الموت وما وصلوا إليه من تدهور في أحوالهم الحياتية بصفة عامة، وكذلك في أحد أعمال الكاتبة العالمية سيمون دي بوفوار "Simone de Beauvoir" حيث أشارت إلى أن التقدم في العمر يضع على الفرد قيودًا شديدة قاسية تؤدي إلى انكماشه وعزلته ... الخ. (محمد دعبس، ١٩٩٢: ١٩ – ٢٠)، ويعد صدور كتاب مشكلات الشيخوخة "لكاودي" ١٩٣٩ من الأعمال المبكرة للتعريف بالنواحي البيولوجية والطبية لشيخوخة الإنسان. وقد استخدم فيه لأول مرة اصطلاح جيرونتولوجي Gerontology للدلالة على الدراسات العلمية لظاهرة الشيخوخة. (محمد نور، ١٩٩٨: ٢٣ – ٢٤)

والمسن لا يقل في مشاعره وعواطفه عن غيره من الناس بل لا نبالغ إذا قلنا أن حاجة الإنسان في مرحلة الشيخوخة إلى الشعور بالأمل ماديًا ومعنويًا إلى المشاركة والشعور بالأهمية يزداد عنها في مرحلة العمر السابقة لسبب: إن مرحلة الشيخوخة مليئة بالمفتقدات وبالتالي الشعور بعدم الأمان المادي – افتقاد شريك

العمر له انعكاساته في الشعور بالوحدة والخسارة في عمر يصعب فيه تعويض ذلك بعلاقات جديدة بالإضافة إلى الشعور بعدم الأهمية الذي يدفع المسن إلى الانسحاب التدريجي من الحياة والإهمال في الذات وربما يختلف تأثير ذلك عند البعض بتسطح الانفعالات حيث لا فرح عميق ولا حزن عميق وإنما يبدو الأمر في هيئة عدم اكتراث. (عواطف شوكت، ٢٠٠٢ : ٢٠٦) إذ يحتاج المسن إلى إشباع حاجاته النفسية والشعور بحب الآخرين الأمر الذي يضفي السعادة على حياته ويدفعه للاستمرار في علاقاته الاجتماعية ويرفع من روحه المعنوية ويجنبه الشعور بكثير من الاضطرابات النفسية.

(عبد المنعم عاشور، ١٩٩٧ : ٥٦٦)

ويعد مفهوم العمر مفهوم متعدد الأبعاد، فالشيخوخة بالطبع ليست محض بلوغ عمر زمني معين، بل إن بلوغ الإنسان عمرًا زمنيًا معينًا في أي طور من أطوار الحياة لا يعني بالضرورة حدوث جميع التغيرات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية المصاحبة التي يفترض حدوثها في هذا الطور عند الجميع وفي وقت واحد.

وهكذا شهدت فترة السبعينات والثمانينات من القرن العشرين اهتمام متزايد بسيكولوجية المسنين. وفي الوقت الحالي يوجد عدد من المراكز المتخصصة في دراسة الشيخوخة في عدد كبير من الجامعات ومنها وحدة طب المسنين "بجامعة عين شمس" وكذلك مركز الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين "بجامعة حلوان" والذي يضم مختلف التخصصات الطبية والنفسية والاجتماعية والفنية والرياضية والتغذية والتمريض والعلاج الطبيعي. وكذلك تأسيس الاتحاد الدولي للصحة النفسية للمسنين عام ١٩٨٢. *International Psychogeriatic* والذي عقد مؤتمره الأول بالقاهرة Association في الفترة "٢٢ – ٢٥" نوفمبر ١٩٨٢، كما كان آخر

مؤتمر لرعاية المسنين بالقاهرة المؤتمر الإقليمي الأول لرعاية المسنين من ٣ -٥ أبريل ٢٠٠٠م جامعة حلوان تحت عنوان "المسنون في العالم العربي: الواقع والمأمول في مطلع ألفية ثالثة" وكذلك المؤتمر الإقليمي الثاني من ٥ – ٦ مايو ٢٠٠١م تحت عنوان "نحو شيخوخة أكثر سعادة". (نيڤين نجيب، ٢٠٠٢: ٥١ – ٥٢)

وتختلف معايير التقدم في العمر فهناك العديد من المقاييس التي استخدمت في تحديد مرحلة الشيخوخة ومنها العمر الزمني، البيولوجي، السيكولوجي، الاجتماعي. وهذه المقاييس كالآتي:

أ- **العمر الزمني:** Chronological Age يشير العمر الزمني إلى عدد السنوات التي عاشها الفرد منذ ميلاده.

ب- **العمر البيولوجي:** Biological Age ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل الأيض ومعدل نشاط الغدد الصماء وقوة دفعة الدم والتغيرات العصبية ... الخ.

جـ- **العمر السيكولوجي:** Psychological Age يشير العمر السيكولوجي إلى قدرات الفرد على التكيف وهي القدرة على التكيف مع متطلبات البيئة المتغيرة

د- **العمر الاجتماعي:** Social Age يشير إلى الأدوار والتوقعات الاجتماعية التي تكون لدى الأشخاص

هـ- **العمر الوظيفي:** Functional Age هو مقياس لقدرة الشخص على الأداء بفاعلية داخل بيئة أو مجتمع معين. (WilliamJ. Hoyer,2003,p.12)



وتوجد اختلافات في تحديد السن الذي تبدأ عنده الشيخوخة ويتراوح السن بين (٥٥ – ٦٥) سنة، ولكن مع تقدم وسائل المعيشة الحديثة وارتفاع الوسائل الصحـ أصبح سن (٥٥) غير مقبول – كسن بدء الشيخوخة – وأصبح الاتفاق عامًا (أو شبه عام) على أن سن بدء الشيخوخة هو سن الستين. وهذا هو ما اصطلح عليه الدارسون للشيخوخة – فسن الستين – كما ترى هيرلوك Hurlock – هو الحد الفاصل بين مرحلة الكهولة والشيخوخة. (عبد اللطيف خليفة، ١٩٩٧ : ١٢)

وقام مركز طب الشيخوخة في نيويورك بأمريكا، وبسبب الزيادة الكبيرة في عدد المسنين الذين تجاوزوا الستينيات من العمر في جميع المجتمعات الإنسانية بنشر جدول تقسيم المسنين إلى خمس مجموعات:

أ- مجموعة الشباب المسنين من (٦٠) عامًا إلى (٦٥) عامًا.

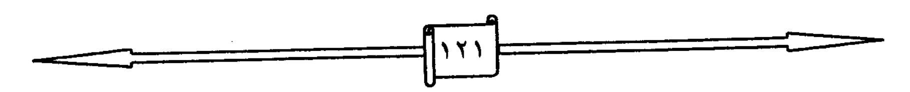
ب- مجموعة المسنين الوسط من (٦٥) عامًا إلى (٧٥) عامًا.

جـ- مجموعة المسنين من (٧٥) عامًا إلى (٨٥) عامًا.

د- مجموعة شيوخ المسنين من (٨٥) عامًا إلى (٩٥) عامًا.

هـ- مجموعة نخبة المسنين (٩٥) عامًا إلى (١٠٥) أعوام (مائة وخمسة أعوام).

(محمد أبو زيد، ٢٠٠٠ : ١٨)



أ- طور الشيخوخة.

ب- طور أرذل العمر كما يسميها القرآن الكريم.

(آمال صادق، فؤاد أبو حطب، ١٩٩٩ : ٥٩٩)

وعلى النقيض الآخر يصف كيث "Keith" بلده أيرلندية حيث الكبار – الذين يتم تعريفهم على أنهم الذين يتقاضون معاشًا – كانوا غير قابلين للتمييز عن

الرجال في سن العمل، وعندما سألوا عن تحديد أسماء الأشخاص الكبار ذكروا الأفراد المعاقين فقط، وعندما دار النقاش عن الأفراد البالغين الثمانين من العمر أنكروا أن هؤلاء الأفراد كبار، طالما كانوا نشطاء، فكبر السن يأتي فقط عندما يصبحون معتمدين على الآخرين.

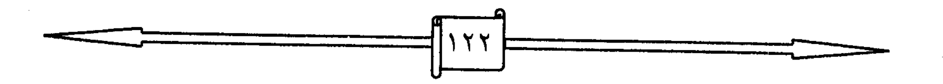
وبذلك تؤثر الثقافة أيضًا على الطريقة التي نفكر بها عن التقدم في العمر بالإضافة إلى الطريقة التي يعيش بها الكبار، ولأن الثقافة مصطلح يحتمل النقاش والجدل فهو يشير إلى سلسلة من المعتقدات والممارسات والقيم التي تتغير عبر الوقت.

ومن الناحية الإجرائية الإحصائية كان لابد من الاتفاق على سن افتراضية معينة، وقد اختارت لذلك لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية ١٩٧٢ م سن الخامسة والستين على أنها بداية كبر السن باعتبار أن هذه السن تتفق مع سن التقاعد في معظم البلدان. (علاء غنام، ٢٠٠١ : ٣٥٤)

هذا وقد لوحظ أن هناك تناقضًا بين المحكات المستخدمة في التحديد السيكولوجي للرشد والشيخوخة، فالدورة الثلاثية للحياة: الصبا والرشد والشيخوخة يوجد بينها أوجه تشابه واختلاف .. فهي جميعًا تتسم بالصيرورة في حالة الصبا والرشد. (صيرورة ارتقائية تقدمية) بينما في حالة الشيخوخة (صيرورة تدهورية) حيث العجز والاعتماد على الآخرين، ويختلف الاعتماد في الشيخوخة عنه في الصبا حيث يتحول تدريجيًا نحو قمة الاستقلال في منحنى دورة الحياة.

(أمال صادق، فؤاد أبو حطب، ١٩٩٩ : ٥٧)

ومن خلال ما تقدم يرى الباحث أهمية الشيخوخة حيث أنها مرحلة هامة يمر بها الإنسان عبر طور حياته بما تحمله من ضغوط واضطرابات نفسية ويحتاج



فيها إلى الرعاية مما دعى ذلك علم النفس إلى وجود فرع يهتم بدراسة المسنين والشيخوخة ورعايتهم وهو علم نفس المسنين.

وفيما يلي يتناول الباحث بعض النظريات المرتبطة بدراسة المسنين:

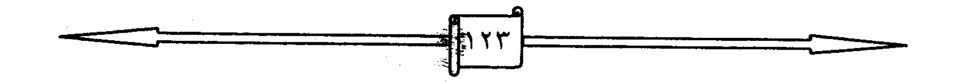
نظريات الشيخوخة الناجحة أو المتوافقة

Theories of successful Aging

لقد حاول العلماء حل لغز الشيخوخة والعوامل المؤدية إليها فتعددت النظريات حول الشيخوخة فبعضها بيولوجي والآخر سيكولوجي إلا أن هذه النظريات المتاحة حتى الآن غير كاملة. ولم توجد بعد النظرية العامة حول الشيخوخة التي تصف لنا كيف يتغير السلوك أو يتنبأ بجوانب محدودة من هذا السلوك. وبالطبع فإن هذه النظرية العامة المنشودة لابد أن تضع في الاعتبار العوامل البيولوجية والسلوكية الاجتماعية معًا وفي وقت واحد وبالإضافة إلى التفاعل بينهما.

بينما حاولت النظريات البيولوجية تناول الأساس المادي للشيخوخة، تحاول النظريات النفسية الاجتماعية أن تتناول الأسباب السلوكية لهذه العمليات وما يترتب عليها من نتائج، وتحاول هذه النظريات تحديد أنماط السلوك المرتبطة بما يسمى "الشيخوخة الناجحة أو المتوافقة". (أمال صادق، فؤاد أبو حطب، ١٩٩٩ : ٢٤)

كما يشير كوجل (٢٠٠٦) Cowgill إلى أن الحاجة ماسة أكثر من أي وقت مضى لزيادة أو تدعيم الفرص للنمو الأفضل عبر امتداد الحياة. تعد مقاييس العمر البيولوجي، والعمر السيكولوجي، والعمر الاجتماعي وثيقة الصلة بالنمو الصحي أو التقدم الناجح في العمر.



يشير التقدم الناجح في العمر إلى مزيج من ثلاث عناصر: هي تجنب المرض والإعاقة، اندماج نشيط مستمر مع الحياة، وكذلك الحفاظ على قدرة بدنية ومعرفية مرتفعة في السنوات المتأخرة. (Cowgill, D.2006, P. 111)

ويرى رشاد عبد اللطيف (٢٠٠٢ : ١٢٨) أن هناك نظريات فسرت أسباب الشيخوخة التي تصيب الجسم وتشمل:

(أ) نظريات ترى أن الكبر عملية طبيعية لابد للفرد أن يصلها.

(ب) نظريات ترى أن الكبر عملية تنتج من تناقص تدريجي في خلايا الجسم، وبالتالي تؤدي إلى التدهور، ولا يستطيع الجسم أن يبنيها.

(جـ) نظريات ترى أن جهاز المناعة في الجسم يتدهور، ويضعف بتقدم العمر، وبالتالي يقل دفاعه عن الجسم، مما يؤدي لحدوث الشيخوخة أو العجز وهذه النظريات ركزت على الجانب البيولوجي، وأهملت الجانب الاجتماعي والنفسي.

- نظريات ركزت على النمو المهني:

(أ) نظريات تؤكد على النمو والنشاط لدى المسنين، بمعنى أن المسن يسعى إلى أداء الدور الذي كان يؤديه أثناء العمل من خلال أنشطة بديلة.

(ب) نظريات تؤكد على الهبوط والاضمحلال لدى المسنين، حيث يبدأ النشاط في الهبوط التدريجي، ويحتاج المسن إلى القيام بأعمال جديدة ملائمة تثبت ذاته.

- **النظريات التي حاولت الربط بين العناصر البيولوجية والنفسية والاجتماعية:**

(أ) نظريات تربط بين الجوانب الجسمية والانحدار التدريجي لنشاط المسنين في المجتمع.

(ب) نظريات تربط بين القوى المتبقية للمسنين وكيفية استثمارها في الأعمال المفيدة.

(جـ) نظريات تربط الجوانب النفسية للمسنين وممارسة بعض السلوكيات الضارة بهم وبالمجتمع.

وفيما يلي يعرض الباحث لست من هذه النظريات التي يمكن أن تفيد المشرف أو الأخصائي الاجتماعي عند عمله مع المسنين أو عند قيامه بتصميم البرامج الاجتماعية المناسبة للمسنين.

أولاً: نظرية الانسحاب أو فك الارتباط Disengagement Theory

قدم كنج ودين وينويل وماك كفري Cumming, Dean, Newell and Mccaffrey، (١٩٦٠) نظرية الانسحاب لأول مرة كمدخل وظيفي للتفاعل الاجتماعى للمسنين.

وتؤكد هذه النظرية أن الانسحاب عملية طبيعية يجد المسن نفسه مقبلاً عليها وخاضعًا لمتطلباتها نتيجة الانحدار العام والطبيعي من الناحية الصحية ومحدودية دائرة نشاطه الاجتماعي وتقوم نظرية الانسحاب على ثلاثة فروض أساسية هي:

١- أن معدل التفاعل وأبعاده سوف يقل بتقدم الإنسان في عمره.

٢- أن التغير الكمي والكيفي في التعامل يصاحبه تغير إدراك حجم الحياة.



٣- أن التغير الكيفي للتفاعل يصاحبه نقص في سعة الحياة الاجتماعية، حيث ينتقل المسن من الاهتمام بالآخرين إلى الاستغراق في ذاته ومن الانشغال إلى الراحة.

(في خلف العصفور، جميل حمدان، فهيمة الزيرة، ١٩٩٩: ٧٧ – ٧٨)

وتختلف عملية الانسحاب هذه من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى، كما تختلف شكلاً ومضمونًا لدى المسنين الذين يشغلون وظائف مختلفة. فمن أوجه النقد التي وجهت لهذه النظرية أنها لا تنطبق على الأفراد الذين يعملون أعمالاً تتصل بالأدب أو الفن أو التدريس الجامعي – على سبيل المثال. ولذلك عدلت كمنج من النظرية وأشارت إلى أن الرضا عن الحياة يرتبط بنظرة المسن نفسه لمرحلة التقاعد. (عواطف شوكت، ٢٠٠٢ : ٢٠٨)

وتتلخص الأفكار الرئيسية لهذه النظرية فيما يلي:

(أ) أن عملية الانسحاب الاجتماعي والنفسي للمسنين عملية عامة (بمعنى أنها تحدث في كل المجتمعات، وفي كل العصور التاريخية).

(ب) أن هذه عملية حتمية.

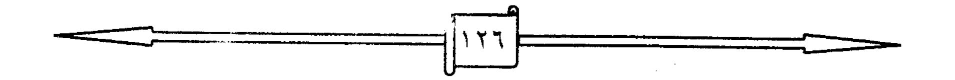
(جـ) أنها عملية داخلية، ولا تنسب إلى العوامل الاجتماعية وحدها.

(د) أن هذه العملية ليست فقط ملازمة للتوافق الناجح في مرحلة العمر، بل هي شرط ضروري لحدوثه.

(هـ) أن هذه العملية تتضمن انسحابًا متزايدًا. (عزة مبروك، ٢٠٠١ : ٥١)

وقد مرت نظرية الانسحاب بعدة مراحل:

الأولى: اعتبرت الانسحاب مظهرًا ضروريًا بين الفرد والمجتمع، وهو يبدأ تدريجيًا بالانسحاب الانفعالي وينتهي تركيز الطاقة حول الذات.



الثانية: أن الرضا عن الحياة يرتبط إيجابيًا بالنشاط لدى بعض المسنين ويرتبط بالانسحاب لدى البعض الآخر.

الثالثة: أن الانسحاب يساعد المتقاعد على زيادة الارتباط بأوجه الحياة الأخرى.

(علاء الدين فرغلي، ٢٠٠٩: ٥٣ ـ ٥٤)

ولقد قابل هذه النظرية سيل من النقد من جانب الأوساط التي تهتم بالمسنين حيث:

١- أن هذه النظرية تنطبق على كل المسنين، وبصفة خاصة من يملكون أعمالاً خاصة بهم، وأصحاب المهن الحرة، ورجال الجامعة، وأعضاء السلك الدبلوماسي، والأدباء والفنانين، لأنهم لا يرون في حياتهم ما يدعوهم للانفصال عن الحياة الثقافية والاجتماعية قط.

٢- ظهرت أيضًا آراء تؤكد ما يسمى "بنظريات الإشباع البديل، أو "نظرية المبادلة" (نورهان حسن، محمد فهمي، ٢٠٠٠ : ٧٦). أي أنه في حالة عجز المجتمع عن إشباع حاجات المسنين والتي ترى أنه في حالة عدم توفر خدمات يحتاج إليها المسنين، وأن هناك بعض المسنين يمكنهم مواجهة ذلك من خلال الأنشطة التطوعية في البرامج والمشروعات التي تتم في إطار الموقع السكني المتواجد فيه، وتقديم المشورة للأصدقاء والأقارب والمعارف (إذا كانت لديه الإمكانات التي تمكنه من القيام بذلك، وهناك ثقة فيه من جانب من يتعامل معهم). أما إذا لم يجد هذه الجوانب الإيجابية لإشباع احتياجاته، فقد يكون هناك بديل سلبي وهو ممارسة بعض السلوكيات السلبية التي قد تتعارض مع القيم والعادات والتقاليد، أو قد يرتكب بعض الجرائم التي قد تؤدي بالمسن إلى السجن.

٣- لا ينبغي النظر إلى التقاعد باعتباره نوعًا من إرغام المرء على ترك العمل بدليل هناك كثيرين يرغبون في التقاعد قبل بلوغهم سن التقاعد (تسوية معاش)، كما أن الكثيرين بعد بلوغهم سن التقاعد لا ينشدون البحث عن عمل ذو أجر". (نبيلة صالح، ٢٠٠٢ : ٩٣)

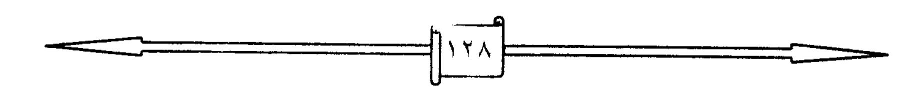
كما أضاف "ستريب وشنيدر Streib & Schneider" إلى هذه النظرية مفهوم الانسحاب الفارق والذي يشير إلى وجود اختلاف في درجة الانسحاب باختلاف طبيعة عمل المسنين وسمات شخصيتهم وغير ذلك من عوامل. واستخدام مصطلح الانسحاب التبايني *Differential Disengagement* ، ليؤكد فكرة أن الانسحاب يقع بنسب مختلفة لدى المسنين، كما أن الانسحاب يساعد على زيادة الارتباط بأوجه الحياة الأخرى.

(خلف العصفور، جميل حميدان، فهيمة الزيرة، ١٩٩٩ : ٨١)

كما يرى أتشلي Atchly أنه بالرغم من أن كبار السن قد يتخلون عن بعض الأدوار التي قاموا بأدائها خلال مرحلة ما قبل الشيخوخة، وخاصة ما يتعلق بمهنهم إلا أنهم لازالوا يؤدون أدوارا أخرى، وانفصالهم عن بعض أدوارهم الاجتماعية لا يعني بحال من الأحوال انفصالهم عن علاقاتهم الاجتماعية الأخرى.

(في حنان إسماعيل، ٢٠٠٦ : ١٤٥)

وتتمثل وجهة نظر الباحث في أن الاهتمام يجب أن يكون واضحًا من المجتمع العربي والدول الأوروبية بإيجاد البرامج والأنشطة المتنوعة المناسبة للمسنين لرعايتهم والحفاظ عليهم، واستثمار الخبرات المتوافرة لديهم بما ينفع المجتمع، وقد يوفر البديل الإيجابي للمسنين هو الذي يحفظ لهم كرامتهم وآدميتهم، ويحقق تقدير المجتمع لهم.



نظرية النشاط: Activity Theory

تفترض النظرية أن الفرد المسن، يتكيف بنجاح للمرحلة المتأخرة في الحياة أنه:

١- يجب أن يدخل الفرد المسن في تفاعلات متكررة.

٢- يجب أن تحتفظ العلاقات التي يدخلها الفرد بمستوى مرتفع من الحميمية عبر عملية التقدم في العمر.

٣- يجب أن يكون مستوى ونوع النشاط داخل شبكة الاتصالات واضحة داخل الأفعال الاتصالية للفرد المسن، فمثلاً يجب أن يعكس الحوار داخل التفاعل اهتمام بأحداث المجتمع والموضوعات الأخرى الموجهة ناحية . (Jon. F. Nussbaum, et al; 2006, p. 55)

وتؤكد نظرية النشاط أن التوافق في مرحلة الشيخوخة يستند إلى المدى الذي يمكن المسن الاحتفاظ بنشاطه الذي اكتسبه في مرحلة منتصف العمر، ومقاومته للانكماش في المجال الاجتماعي، ومدى إصراره لمواصلة حياته كما كانت قبل الشيخوخة وذلك لأطول فترة ممكنة، على أن الأفراد حينما يتحركون من الأعمار المتوسطة في دورة حياتهم إلى الأعمار المتقدمة (تقدم العمر) يقل نشاطهم الحركي والاجتماعي والحسي والمعرفي والجنسي وتقل درجة تفاعلهم الاجتماعي Social interaction مع الآخرين، وتعتبر الشيخوخة الاجتماعية مسئولة عن ذلك بدرجة كبيرة. (عبد السلام الشيخ، هبة ربيع، ٢٠٠٦ : ١٠٦)

كما يرى هافيجرست أن اتجاهات كبار السن نحو التقاعد تنقسم إلى فئتين:

الأولى: هم الأشخاص الذين يمكنهم التعبير عن نمط حياتهم بعد التقاعد ويطلق عليهم Transformers عن طريق خلق أنماط جديدة من الأنشطة والأعمال لقضاء وقت الفراغ.

الثانية: وهم الأشخاص الذين يرغبون الاستمرار في نفس أعمالهم السابقة ويطلق عليهم "Maintainers" (في نيڤين نجيب، ٢٠٠٢ : ٥٥)

وتفترض النظرية أن الحفاظ على مستوى الفاعلية للعمر الوسيط هو السبيل الأفضل لتغلب الفرد على ملابسات كبر السن، بغض النظر عن التغيرات البيولوجية، والصحية، فإن المسنين لديهم نفس الحاجات النفسية والاجتماعية التي كانت لهم في العمر الوسيط. لذا فإنه عندما يفقد الفرد أدوارًا معينة، كان يؤديها، أو الطاقة أو القدرة على أداء أنشطة معينة، فالطريق الواضح للتكيف هو أن يجد البديل.

وقد أثارت النظرية السابقة جدلاً عنيفًا، وواجهت كثيرًا من الانتقادات، جاءت هذه النظرية لتؤكد النتائج الإيجابية لاستمرار اندماج الفرد في العالم المحيط به، التوصل إلى أدوار بديلة لتلك التي فقدت نتيجة التقاعد أو الترمل من خلال مستويات مرتفعة من المشاركة الاجتماعية. (هدى قناوي، ١٩٨٧ : ١٠)

ويؤخذ على هذه النظرية أنها لا تلائم إلا نسبة قليلة من المتقاعدين ولا تفسر إلا بنسبة ضئيلة مما يعانيه المسنون فالأفراد الذين كانوا مشغولين بدرجة كبيرة في عملهم قبل التقاعد ولم يكن لديهم الوقت الكافي لممارسة وتنمية بعض الأنشطة أو المهارات لن يجدوا مكانًا في هذه النظرية.

كما تفيد هذه النظرية العاملين في الحقل الاجتماعي وبصفة خاصة ممارس الخدمة الاجتماعية، وذلك من خلال التعرف على نواحي القوة في المسنين وكيفية استثمارها في نشاط هادف لصالح المسنين وأسرهم ... أوكيفية استثمار الجهود المحيطة بالمسن (الأسرة، البيئة) لصالح المسن والاستفادة بكل الجوانب القوية



لديه في نشاط هادف وفعال ومتكامل يجنب المسن عملية التفكير في الانسحاب التدريجي من المجتمع ويحافظ على القوى الإيجابية لديه.

(سلوى أمين، ٢٠٠٥ : ٢٥)

وقد اهتم كل من فريدمان، هافيجهرست بالأنشطة البديلة عند فقد المتقاعد لوظيفته، تلك الأنشطة التي تساعد في إعادة توافق المتقاعد وتزيل لديه حالة الاكتئاب، بينما اهتم "ميلر" بالأنشطة البديلة التي تمثل مصادر جديدة للدخل، وعلى ذلك فإن الأنشطة التي يكتسبها الفرد تحقق له هدفين:

الأول: أن يجد البديل عن العمل المفتقد.

الثانى: تعتبر هذه الأنشطة مصادر جديدة لدخل الأسرة.

"ولقد أشارت بنجستون Bengtson" إلى قول "جون جونسون" وهو جد عمره (٧٣) عاماً، ويقول هذا المسن أن هدفه الحقيقي الوحيد هو الاحتفاظ بنشاطه.

"أريد أن أصمد وأستمر ولا أريد أن أصدأ" want to wear out not rust out

ويرى الباحث أن نظرية النشاط تحث المسنين على النشاط والفاعلية المميزة لهم في المراحل العمرية السابقة للشيخوخة، والجانب الأخير للنظرية التنموية (الاستمرار) توضح أن المسنين يرغبون أن يظلوا مشغولين ببيئتهم الاجتماعية وأن شدة هذا الانشغال يختلف فيما بينهم طبقًا لأنماط القيم ومفهومهم عن الذات الراسخة عبر الزمن، وعندما يفشل المسنون في أن يظلوا مشغولين ببيئتهم الطبيعية فإن منبع فشهلم يكمن في البيئة الاجتماعية نفسها وليس في شيخوختهم، حيث أن هناك عوامل مثل: (الصحة – المال – المكانة الزوجية – المكانة في العمل) تؤثر على قدرة المسن على أن يتمتع بحياة سعيدة، وذلك أكثر مما تفعله فيه الشيخوخة.



نظرية الأزمة: Crisis theory

ويقصد أريكسون Erikson وهو رائد في علم نفس النمو بمصطلح الأزمة هو الوقت الذي تتقلص فيه قدرة الفرد على حل مشكلاته والخروج منها وبذلك يكون على صدد أزمة نفسية. ويرى أريكسون أن في كل مرحلة من مراحل العمر المختلفة توجد أزمة محتملة، وذلك بسبب التغيرات المتوقعة في تلك المرحلة، وهذه الأزمة تكون محتومة بحد كبير بثقافة المجتمع وباتجاهات الناس نحو المرحلة موضع النمو.(فى:رشاد عبد اللطيف،٢٠٠٢: ١٣٤)

كما تشير نظرية الأزمة أن هذه المرحلة حساسة في حياة الفرد، حيث تحدث بعض الأزمات والاضطرابات النفسية والانفعالية والاجتماعية نتيجة لسحب المجتمع كافة الأدوار والمسئوليات من الفرد المسن بعد إحالته للمعاش وتقاعده عن العمل. وترى هذه النظرية أن العمل هو أحد المكونات الضرورية والرئيسية والأساسية لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للفرد وتؤكد هذه النظرية أن التقاعد ليس تغيرًا في مظاهر الحياة الاجتماعية فقط ولكنه تغيرًا إلى حياة اجتماعية أخرى لم يتعود عليها المسن. (عبد المنعم عاشور، ٢٠٠٤، ٣٧ ـ ٤٠)

وعلى الرغم من تعدد النظريات المفسرة لتدهور المسنين، يوجد شبه اتفاق بين البحوث الحديثة على أنه ليس السن هو المسئول عن التدهور إنما المرض الفيزيقي والبيئة المسنة كالإحالة على المعاش والعزلة وفقدان الأحبة. (عبد السلام الشيخ، هبة ربيع، ٢٠٠٦ : ١٣٤)، وأن العمل جانب هام في حياة المسن وأن التقاعد يعد أزمة تؤثر على توافق المسن وحياته وأن التقاعد قد يؤثر وحده على توافق المسن بصورة مباشرة وقد يؤثر بصورة غير مباشرة مع عوامل أخرى وعلى كل الأحوال فالتقاعد أزمة ونوع من الفقدان. (عبد اللطيف خليفة، ١٩٩٧ : ٣٧)

والتقاعد أو الترمل عند أنصار هذه النظرية يعني أكثر من مجرد تغير في مظاهر الحياة الاجتماعية، ذلك لأنها تقدم شكلاً محدودًا من أشكال الحياة الاجتماعية لم يتعود عليها المسن بعد، فيجب عليه أن يعيش بطريقة مختلفة عما تعود عليه سابقًا، نتيجة لانخفاض دخله ومحاولة تدبير أمور حياته المعيشية في ضوء التقاعد.

أما عن القضايا التي تتناولها هذه النظرية فهي:

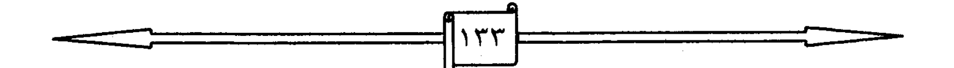
١- قضية العمل وأهميته بالنسبة للفرد، من الآثار المترتبة على سلوك المسن الحرمان من العمل لأنه مكونًا ضروريًا ورئيسيًا لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، وهذا يؤدي إلى اهتزاز شخصية الفرد ونظرته للحياة بتشاؤم، وذلك يختلف من شخص لآخر، فإن الحرمان منه سيؤدي إلى تقليص رضا الفرد عن الحياة.

٢- اضطراب سلوك المسن، اهتزاز في أداء العمل نتيجة فقد الدور الاجتماعي.

٣- نفور من الحياة، اختلاف نظرة المسن للحياة تؤدي إلى أن هناك رد فعل سلبي تجاه الحياة وذلك بالنسبة للمسن ومن يتعامل معهم في الحياة.

٤- مدى التزام الفرد بعمله، إن الأفراد الأكثر التزامًا واهتمامًا بعملهم قبل الإحالة للتقاعد هم أكثر الناس تمسكًا بعملهم، وأكثرهم كرهًا للتقاعد، وأكثرهم تغير في سلوك حياتهم المعتادة بعد إحالتهم للتقاعد.

٥- قيمة العمل في حياة الفرد، خاصة لمن ينحصر نشاطهم أثناء حياتهم الوظيفية في العمل فقط حيث يكون للإحالة للمعاش رد فعل سالب



وقوي عند الأفراد الذين يقدرون عملهم ويعطونه وقتًا كبيرًا وجهدًا ملحوظاً.

٦- إن تقليص أدوار الفرد بعد إحالته للتقاعد، قد تكسبه بعض أنواع السلوك اللاتوافقي مثل الشعور بالدونية والعصابية والتقدير الزائد للذات، وقد ينعكس ذلك على زوجته وأبنائه.

٧- العلاقة مع الآخرين، يميل المسن إلى العزلة، الانسحاب التدريجي من الحياة الاجتماعية.

وهناك بعض الدارسين لا يوافقون على ما تقدمه النظرية من التأكيد على أهمية العمل بوصفه العامل المؤثر في رضا المسن عن حياته، وهم يتفقون على أن العمل والحرمان القهري منه بالإحالة للتقاعد، وإن كان عاملاً مهمًا في تغيير أدوار المسن، إلا أنه ليس العامل الوحيد أو الأهم في عدم رضا المسن عن نفسه وحياته، ويرون أن أهمية العمل تتوقف على نوعه من جهة وعلى أهمية العمل بالنسبة للفرد ومدى التزامه بمهام عمله من ناحية أخرى.

(خلف العصفور، جميل حميدان، فهمية الزيرة، ١٩٩٩ : ٨٧)

نظرية الشخصية: Personality Theory

ويرى أنصار هذه النظرية أن التوافق والتكيف مع مرحلة الشيخوخة والتقدم في العمر يرتبط بنمط وسمات شخصية الفرد، وينظرون إلى التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر على أنها نتيجة للتفاعل بين التغيرات الاجتماعية الخارجية، والتغيرات البيولوجية الداخلية. (عبد اللطيف خليفة، ١٩٩٧ : ٣٨)

وطبقًا لهذه النظرية فإن الأفراد ذوي الشخصيات المتكاملة Integrated Personalities يمكنهم الأداء بشكل أفضل. وذلك لأن لديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية، والأنا الدفاعية، ودرجة عالية من التحكم في الذات، والمرونة، والنضج، والخبرة، والتفتح، وفي مقابل ذلك يوجد الأفراد ذوو الشخصيات غير المتكاملةUnintegrated وهم الأفراد الذين لديهم إعاقات في الوظائف السيكولوجية، ويفتقدون القدرة على التحكم في انفعالاتهم، كما أن هناك تدهورًا في قدراتهم.

(Russell, c. 1981, pp. 48 – 53)

ويرى البعض أن هؤلاء الأشخاص الذين تتسم شخصياتهم بالتكامل ليس بالضرورة أن يكونوا متكاملين اجتماعيًا في قيامهم بأدوارهم، وفي علاقاتهم الاجتماعية، ومع ذلك فإن لديهم درجة عالية من الرضا عن الحياة.

(عبد اللطيف خليفة، ١٩٩٧: ٣٧ – ٣٨)

نظرية التوافق: Adjustment Theory

ويرى أنصار هذه النظرية أن توافق المسن بعد التقاعد عن العمل يعتمد على جانبين أساسيين:

الجانب الاول، يتعلق بقرارات الفرد الداخلية ومدى قدرته على إعادة النظر في هذه القرارات.

والجانب الثاني، يتعلق بمدى قدرة الفرد على التفاعل مع الآخرين لتحقيق أهدافه وطموحاته وهناك حقيقة هامة هي أن مدرج الأهداف الخاص بكل فرد يتغير من مرحلة عمومية إلى مرحلة أخرى ففي كل مرحلة يقوم الفرد بترتيب أهدافه في ضوء المطالب النهائية وحاجات كل مرحلة ومن المهم أن يكون

التغير في الأهداف في مرحلة الشيخوخة تغير إيجابي يؤدي إلى الحياة لأن يكون تغير سلبي يهدم توافق الفرد. (عبد اللطيف خليفة، ١٩٩٧ : ٣٩)

نظرية التقاعد: Retirement Theory

يرى أنصار هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة بالنسبة للمسن خاصة لدى هؤلاء الذين يعطون العمل أهمية كبيرة، يعتبرونه قيمة في حياتهم.

فالإحالة إلى التقاعد يعتبر أكبر حدث اجتماعي يقع للفرد في مرحلة الشيخوخة للانسحاب من الأدوار الاجتماعية والظروف المعيشية المنخفضة ماديًا ومعنويًا والاتجاهات الاجتماعية السلبية نحو كبار السن المتقاعدين. لذلك فإن كل هذه الأمور وغيرها إنما تؤدي إلى شعوره بالأذى والألم.

(محمد رشاد، محمد أبو الخير، ١٩٩٩ : ١٨٢)

ويؤكد شلاشير (Scheleicher, 1979) أن نشاط المسنين يتأثر تأثرًا سلبيًا نتيجة التقاعد، وأن الأفراد الاجتماعيين يميلون إلى الانطواء بعد فترة التقاعد، في حين يرى أسبلنكس (Esplenks, 1982) (١٩٨٤) أن التقاعد له أثر سلبى على توافق المتقاعدين. وتتفق ميرفت رمضان معه حيث توصلت في دراستها إلى حدوث تدهور كبير في مفهوم الذات بعد التقاعد عنه قبل عشر سنوات، وأن مجموعة العاملين بعد المعاش كانوا أكثر استقرارًا انفعاليًا عن نظرائهم من المتقاعدين الذين لا يعملون، وأن الشعور بانخفاض قيمة الذات وإهمال المظهر كان يتزايد كلما زادت فترة التقاعد. (فى: سميرة أبو الحسن، ١٩٩٦ : ٦٦)

نظرية الانتقاء الاجتماعي العاطفي:

Socioemotional Selectivity Theory

تعد نظرية الانتقاء الاجتماعي العاطفي نظرية تبادل اجتماعي بشكل رئيسي، حيث يستلزم التفاعل الاجتماعي تكاليف محددة (وقت، وطاقة، وعاطفة سلبية) ومكافآت (معلومات، ومساعدة عملية،، والحفاظ على الهوية الذاتية).

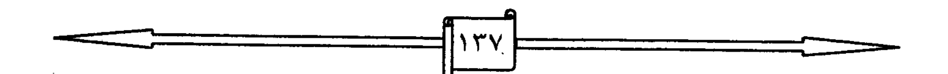
ويفترض هذه النظرية عدة فروض من أهمها:

١- أن الأفراد والجماعات في تفاعلهم مع الأفراد أو الجماعات الأخرى يحاولون أن يحققوا أكبر قدر من المنفعة بأقل تكلفة ممكنة.

٢- يستمر الفرد ويحافظ على تفاعله مع الآخرين، إذا كان يحقق من خلال ذلك التفاعل منفعة تفوق ما يتكلفه.

٣- عندما يكون الفرد معتمدًا على آخر، يكون الفرد الأخير هو المستمتع بالقوة. (خلف العصفور، جميل حميدان، فهيمة الزيرة، ١٩٩٩ : ٩٠)

وتأخذ النظرية مدخل فترة الحياة في تراكم العلاقات التي تعود بمكافأة ونبذ العلاقات التي لا تحقق الرضا، وبالرغم من تضاؤل الحجم الكلي للشبكة الاجتماعية مع العمر، فإن عدد العلاقات الوثيقة عاطفيًا لا تميز بين الجماعات العمرية، ومع تقدم الأفراد في العمر يطورون استراتيجيات أكثر نجاحًا للحصول على المكافأت من خلال علاقاتهم الشخصية القريبة بينما يقللون التكاليف، وكبار السن أيضًا يطورون استراتيجيات لتقليل التفاعلات المكلفة مع الأشخاص غير المعروفين نسبيًا. (*Jon. F. Nussbaum, et al; 2006, p. 11*)



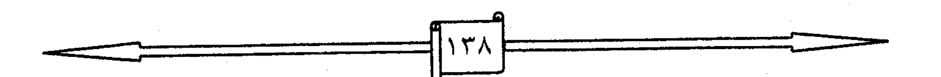
كما تركز هذه النظرية على المنفعة المتبادلة وتهمل الجوانب الإنسانية النبيلة، كالحب، والوفاء للكبار، والجلوس مع الأقارب، ولهذا تهتم هذه النظرية بدراسة جميع علاقات المسن بالعمل والأسرة والمجتمع، وتفترض أن أي فرد يكون بؤرة لمجموعة من العلاقات الاجتماعية وعندما يكبر سنه ويتجه نحو الشيخوخة تتقلص علاقاته الاجتماعية ومشاركته في الأنشطة الأخرى نتيجة للضعف الذي اعترى الفرد كائن عضوي. (سلوى أمين، ٢٠٠٥: ٢٥ – ٢٦)

وترى هذه النظرية أيضًا أن رفض المجتمع لكبار السن له آثار سلبية عليهم ويؤدي إلى انفصال المسنين عن ممارسة أدوارهم الاجتماعية السابقة وهذا لا يعني على أية حال من الأحوال – أنه لا فائدة منهم، وإنما يشير إلى نوعية التفاعلات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة بين المسنين وغيرهم من أفراد المجتمع أو أسرهم.

(سلوى أمين، ٢٠٠٥: ٢٥ – ٢٦)

وتظهر هدى قناوي (١٩٩٠) انزعاجًا من نظرة النظرية التبادلية والتي في رأيها تدرس الحب والحنان في العلاقة بين الأبناء والآباء كما لو أنها سلعة تطبق عليها ما يطبق على السلعة المادية من قيمة قواعد تبادلية، وترى أن رعاية الآباء للأبناء ليست (هدية) ورعاية الأبناء للآباء ليس (ردًا) على هدية، فضلاً عن أن العلاقة بين الكبار والصغار علاقة أرست قواعدها الأديان والشرائع، وأن هذه العلاقة ليست مفقودة في أي مجتمع إلى الحد الذي يدعو إلى إنكارها.

وهنا يتساءل الباحث، هل ينتظر هؤلاء الشيوخ المساعدة من الأبناء؟ وهل كل الأبناء على درجة قوية من الحب، والعاطفة، والضمير الحي، الذي يمكنهم من العناية بآبائهم وأجدادهم؟



فبعض الأبناء قد شغلتهم حياتهم الدنيا، وطغت المادة على العاطفة، وسلكوا دروبا كثيرة، وتفرقت بهم السبل، ومن خلال هذا كله نسى هؤلاء الأبناء آباءهم وأجدادهم، كما أنه من الصعب أن تعتبر حياة هؤلاء المسنين سلعة تباع وتشترى، سلعة للمقايضة، فالآباء حينما يعطون فإن عطاءهم عن حب ووفاء وإخلاص، لا ينتظرون رد الجميل.

نظرية الاستمرارية (النظرية التنموية): *Continuity Theory*

يفترض نيوجارتن وهافجرست وتوبن (١٩٦٨) *Neugarten, Havighurst and Tobin* أن التقدم الناجح في العمر يعتمد على شخصية كل فرد ووفقًا لينوجارتن وآخرين *Neugarten et al;* (١٩٦٨) يستمر الفرد المسن في ممارسة الاختيار ويختار من البيئة وفقًا لحاجاته التي اعتاد عليها لفترة طويلة. إنه يتقدم في العمر وفقًا للنمط الذي يشكل تاريخًا طويلاً ويحافظ عليه الفرد في التكيف لنهاية الحياة، لذلك تفترض النظرية أن المسن يحاول التكيف مع وضعه الجديد من خلال إعطاء وقت أكبر للأدوار التي كان يزاولها قبل دخوله هذه المرحلة العمرية.

وتثبت هذه النظرية أن التوافق مع الشيخوخة يمكنه أن يستمر في عدة اتجاهات وذلك اعتمادًا على الحياة الماضية للمسن وتأكيدًا على استمرارية النمو عبر دورة مراحل الحياة فإن بعض العلماء قد أطلقوا على هذا المنظور نظرية الاستمرار والنظرية التنموية أو الاستمرارية تحاول أن تشرح شيئًا ما، بحيث أن أي شخص لديه معرفة واسعة بالمسنين يمكنه أن يشك بأنه ليس النشاط ولا الخمود بالضرورة هو الذي يولد السعادة والشخص المسن سواء المنهمك في العمل أو المنسحب منه يمكنه أن يكون سعيدًا أو غير سعيد، اعتمادًا على القوى الأكثر خفاء أو الأقل ظهورًا من المستوى البسيط للنشاط في حياتهم، وهذا الشك الانطباعي قد

تم توثيقه في معظم دراسات الشخصية والنتائج الكلية لهذه الدراسات تفيد بأن المسنين النشيطين والمنهمكين أكثر رضا عن حياتهم من المسنين المنسحبين، وقد وجد علماء النفس التنمويين أن أنماط الشخصية ككل ثابتة إلى حد كبير طوال الحياة – على الأقل على أساس الطريقة التي يتوافقون بها أو يفشلون في التوافق مع وسطهم الاجتماعي. (في هدى حسن، ٢٠٠٤: ٣١ – ٣٢)

ومن المتوقع أن يستمر الفرد في سلوكياته الاتصالية التي اعتاد عليها فترة حياته، فإذا كان الفرد نشيط اجتماعيًا فمن المتوقع أن يستمر النشاط عبر الحياة، وإذا كان الفرد منسحبًا إذن يتوقع الانسحاب في الحياة المتأخرة، في كلا الحالتين يعتمد التكيف بنجاح للعمر الكبير على قدرة الفرد على الحفاظ على الاتساق.

وأن هذه النظرية بالتخلي التدريجي عن بعض النشاطات بشكل عام، وهي أنها وإن انطبقت على غالبية المسنين إلا أنها لا تنطبق عليهم جميعًا.(خلف العصفور، جميل حميدان، فهيمة الزيرة، ١٩٩٩ : ٨٩)

إن وجه المسن الذي يظهره إلى العالم يكون ثابتًا، وأن أنماط الشيخوخة تكون متوقعة من معرفة الأفراد في أوساط عمرهم، وأحد المظاهر الخاصة بثبات الشخصية هو استمرارها في مواجهة التغير، بينما يتصرف المسن كما كان يفعل دائمًا ويدرك المسنون الواقع بطريقة متغيرة فهم يرون العالم الخارجي على أنه عالم محفوف بالمخاطر وهم يتعاملون مع عواطفهم الداخلية باختلاف أيضًا، فهم يكونون أكثر انشغالاً عن حالتهم الداخلية وأكثر حساسية للمواقف الاجتماعية التي يمرون بها، أما المنسحبون فيكونون أكثر انسحابًا وانطواء على أنفسهم، ويبدو أنهم يجدون رضا أكثر عندما ينطوون على ذاتهم الداخلية ويرى علماء النفس التنمويين – أن الانسحاب إلى الذات الداخلية يمكن قياسه في منتصف

الأربعينات قبل أن يكون الانسحاب الاجتماعي قابل للملاحظة وهذه النتائج لها مضمونان هامان بالنسبة لمنظورنا للشيخوخة.

الأول، أنها توصي بأن البعد الروحي (الدينى) للشيخوخة إنما يحدث فقط للأشخاص الذين يتميزون بالحكمة – وهم أقلية نادرة.

الثاني، أن التغيرات الداخلية لا تؤثر بطريقة كبيرة على الأداء الاجتماعي، لأن شخصية المسنين وأنماط سلوكهم ثابتة عبر الزمن.

(هدى حسن، ٢٠٠٤ : ٣٢)

النظرية البيولوجية: Biological Theory

يعتبر كتاب هول Hall عن الشيخوخة الذي ظهر سنة (١٩٢٢) البداية الحقيقية للدراسات البيولوجية الخاصة بالكبار. فقد ترتب عليه دراسة أثر الزمن على التغيرات البيولوجية التي تحدث للحيوانات خلال مراحل حياتهم المختلفة ثم تطورت الأبحاث إلى دراسة أثر الزمن على خواص الإنسان البيولوجية والفسيولوجية والنفسية والاجتماعية. (فؤاد البهي، ١٩٨٤: ٣٣٦ – ٣٣٧)

وقد حاولت النظرية البيولوجية تناول الأساس المادي للشيخوخة، بينما تحاول النظرية النفسية الاجتماعية أن تتناول الأسباب السلوكية لهذه العمليات وما يترتب عليها من نتائج. ولعلنا نذكر أن الهدف من النظرية السيكولوجية في النمو الإنساني ليس الربط بين العمر والسلوك، بقدر ما هو الربط بين السلوك ومجموعة من الأهداف التي تحتاج لبعض الوقت لكي تحدث، وعلى ذلك فإن الشيخوخة في هذا السياق لها بعض الارتباط بالعمر ولكنها ناجمة عنه، العمر ذاته كما قلنا من قبل في النظرية البيولوجية لا تسبب في حدوث أي شيء. والنظرية النفسية الاجتماعية، شأنها شأن النظريات البيولوجية لها وظيفة توصيفية فهي

تحاول تحديد أنماط السلوك المرتبطة بما يمكن أن نسميه "الشيخوخة الناجحة أو المتوافقة" وكذلك طول العمر أو التعمير. (هدى حسن، ٢٠٠٤: ٢٦ – ٢٧)

فالشيخوخة تبدأ عندما تتغلب عملية الأيض الهدمي Catabolism على عملية نمو الأيض البنائي Anabelism والضمور يصيب أنسجة وأعضاء الجسم ليصبح تكوينها ليفي Fibrous والمخزون العضوي يستهلك وعملية الإصلاح والاستبدال يبطئ مع التقدم في السن. (عادل الأشول، ١٩٩٨ : ٦٦١)

والوظائف النمائية كما يطلق أحيانًا على أنماط السلوك المرتبطة بالعمر لا تتعدى مجرد العلاقة بين العمر والتغيرات في أنماط معينة من السلوك تحدث مع نمو الفرد وتوجهه نحو اكتمال النضج (الرشد) أو التدهور (الشيخوخة).

وفي كثير من الحالات يشار إلى الشيخوخة الناجمة كماً في ضوء عدد السنوات التي يعيشها المعمر وليس كيفًا في ضوء نوعية الحياة التي عاشها.

(هدى حسن، ٢٠٠٤ : ٢٧)

ولقد حدد كارلسون *Carlson* تلك التغيرات الجسدية المصاحبة لتقدم السن في:

١- الجفاف التدريجي للأنسجة.

٢- التأخر التدريجي في معدل تأكسد الأنسجة.

٣- التأخر التدريجي في انقسام الخلايا وضعف إمكانية نموها.

٤- الضمور الخلوي والتدهور.

٥- النقص التدريجي في مرونة الخلايا والتغيرات التدهورية في الأنسجة الاتصالية المرنة.

٦- القوة المتناقصة للعضلة الهيكلية.

٧- التدهور المستمر في الجهاز العصبي وضعف قوة السمع والإبصار والانتباه والذاكرة. (هدى قناوي، ١٩٨٧: ١٧ – ١٨)

نظرية العوامل الطبيعية:

وتوضح لنا هذه النظرية أن الجسم يفقد كثيرًا من خلاياه التي لا يمكن تعويضها مثل خلايا المخ التي يموت بعضها بسبب الإشعاعات التي يتعرض لها الفرد طوال حياته بينما يموت بعضها الآخر بسبب العوامل الطبيعية العادية وبعض العلماء يعارضون هذه النظرية على أساس أنها تستند إلى مفهوم خاطئ وهو أننا نفقد عددًا ضخمًا من خلايا المخ كلما تقدمنا في السن مما يؤدي إلى التدهور الجسمي والعقلي المصاحبان لكبر السن (رمضان القذافي، ٢٠٠٣: ٢١١ – ٢١٢)، ويرى الجانب الآخر أن هذه المرحلة تعتبر المرحلة البيولوجية النهائية في حياة كل كائن عضوي – تحدث عمليات هدم وتحلل تؤدي بهذا الكائن العضوي إلى التدهور على نحو أسرع وبشكل لا يسمح لميكانيزمات البناء بالعمل، وهذا التدهور يؤدي إلى نقص القدرة على التكيف، وبالتالي يؤدي إلى ضعف القدرة على المقاومة والبقاء وبالطبع فإن المرء لا يموت "بسبب الشيخوخة" وإنما الموت قد يحدث في أي طور من أطوار حياة الإنسان، ولكنه ملموس في الشيخوخة. وأسبابه في الحالتين عديدة، منها المرض أو فشل عضو من أعضاء الجسم أو نظام عضو أثناء العمل، كالمخ أو الكلى أو القلب أو الجهاز الدوري أو التنفسي، وبالطبع توجد فروق فردية واسعة في بدء وتوقيت واستمرار هذه التغيرات المتدهورة.

(أمال صادق، فؤاد أبو حطب، ١٩٩٩: ٦٠٥ – ٦٠٦)

ويرى الباحث أن عمر الإنسان لا يمكن أن نحدده أو نتنبأ له بالاستمرار إلى أي مدى في صحة وعافية، فطول العمر واستمراره من المغيبات الخمس التي حجبها

الله سبحانه وتعالى عن علمنا، وليس للإنسان إلا أن يتعظ من قدرة الله جل علاه وخاصة المسلم ليس له إلا أن يؤمن بها لأنها جزء أساسي من عقيدته.

يقول سبحانه وتعالى: ﴿ إِنَّ ٱللَّهَ عِندَهُۥ عِلْمُ ٱلسَّاعَةِ وَيُنَزِّلُ ٱلْغَيْثَ وَيَعْلَمُ مَا فِى ٱلْأَرْحَامِ ۖ وَمَا تَدْرِى نَفْسٌ مَّاذَا تَكْسِبُ غَدًا ۖ وَمَا تَدْرِى نَفْسٌۢ بِأَىِّ أَرْضٍ تَمُوتُ ۚ إِنَّ ٱللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌۢ ﴿٣٤﴾ ﴾ [سورة لقمان:٣٤]

نظرية الحامض المنوي:

وتستند هذه النظرية على المعلومات الخاصة بعمليات انقسام الخلايا، وترى بأن الشيخوخة تحدث بسبب وقوع بعض الأخطاء في المعلومات الوراثية لعدم انتظام عمليات الانقسام أو بسبب التعرض للاشعاعات الطبيعية، وتحدث الأخطاء عندما يعمل الحامض المنوي على مضاعفة حجمه تمهيدًا لانشطار الخلايا وتكاثرها، فيرسل إشارات تحتوي على بعض الأخطاء لانتاج البروتين بالخلية، غير أن حدوث الأخطاء يؤدي إلى إنتاج أنزيمات ذات عيوب ونواقص مما يؤثر على قدرة الخلايا والأنسجة والأعضاء على تأدية وظائفها.

(رمضان القذافي، ٢٠٠٣ : ٢١٣)

ويرى بعض أصحاب هذا النموذج أن الشيخوخة ترجع في جوهرها إلى الزيادة المتراكمة لنواتج الفضلات الناجمة عن عمليات الإيض، (أي عملية الهدم والبقاء Metaboilism) في كل خلية وبالتالي نجد اتجاه أكثر حداثة في إطار هذا النموذج اقترحه عالم الكيمياء الحيوية الصناعية بجوركستين "Bjor Ksten " وخلاصة أن هناك علاقة بين عمليات الانتقال التي تحدث داخل الخلية والتغيرات في الشيخ مع التقدم في العمر، وخاصة التغيرات في الايلاستين (Elastin) [١] والكولاجين

(١) الايلاستين: (ويسمى أحيانا باللغة العربية المرنين) وهو بروتين يشكل المادة الأساسية لألياف الخلية.

(Collagene) (١) فقد لاحظ العالم إن هاتين المادتين البروتينيتين تتحول من المرونة إلى التصلب مع التقدم في العمر، كما تتغيران في التركيب الكيميائي. ومادام الكولاجين خاصة يؤلف ما بين (٢٥٪) إلى (٣٠٪) من مجموعة بروتين الجسم ويحيط بجميع الأوعية الدموية والخلايا فلابد أن يكون لذلك أثره البالغ في النشاط الفسيولوجي، وعلى الرغم من أن هذا الاتجاه لم ينتهى بشكل مؤكد بعد، إلا أنه يثير الكثير من الجدل في البحوث في وقتنا الحاضر.

(أمال صادق، فؤاد أبو حطب، ١٩٩٩ : ٦٠٩)

ويتفق الباحث في الرأي مع (بجوركستين) لأنه قد اتضح من بعض الأبحاث الأخرى أن لمادة الكولاجين فاعلية في تجديد نضارة وشباب وحيوية الخلايا ولذلك تستعمل في بعض المستحضرات وكريمات البشرة خاصة للمرأة.

نظرية التحرر من الالتزامات: Disengagement Theory

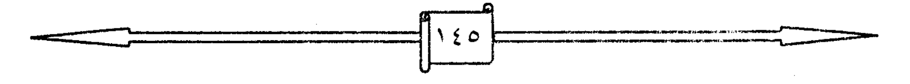
ظهرت هذه النظرية لأول مرة عام "١٩٦١" على يد كامنج وهنري (Camming & Henry, 1961) كمشروع طموح تعرض بعد ذلك لكثير من الخلاف والتعديل. وقد حقق النظرية الجيدة في أنه استشهد بنتائج الكثير من البحوث.

وفي هذه النظرية يتم التركيز على السلوك الانسحابي من التفاعل الاجتماعي الذي يحدث في مرحلة الشيخوخة باعتباره عملية طبيعية عامة وحتمية.

(أمال صادق، فؤاد أبو حطب، ١٩٩٩: ٦١٢ – ٦١٣)

---

(١) الكولاجين: هو المادة البروتينية التي في النسيج الضام في العظام والتي تنتج المادة الهلامية عند غليها في الماء.



فمع التقدم في السن يبدأ الجسم أولاً في عملية التحرر من الالتزام وذلك من خلال أربع جوانب وهي:

أ- **من الناحية الجسمية**: العينان والأذنان وغيرهما من أعضاء الحس تصبح أقل قدرة على التعامل مع معلومات العالم الخارجي.

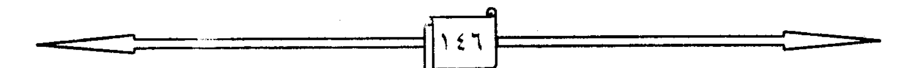
ب- **من الناحية الاجتماعية**: ترى هذه النظرية أنه يجب على الفرد المسن أن يترك مجال الدور الذي لم يستطيع أداءه، وذلك لكي يفسح المجال لمن هم أصغر منه سنًا، وعلى ذلك تكون عملية التحرر من الالتزامات هي عملية انسحاب طبيعي.

جـ- **من ناحية الفرد**: تكون هذه النظرية وسيلة للإبقاء على حالة التوازن بين الطاقات المنحصرة للمسن من جهة ومتطلبات شركاء الدور من جهة أخرى.

د- **من الناحية النفسية**: فتشير إلى المحافظة على الموارد العاطفية لتمكن المسن من التركيز على استعداده للموت. (هدى قناوي، ١٩٩٠ : ٣٤)

وهكذا تؤدي الشيخوخة إلى المزيد من التعامل والانشغال بالذات ونقص في الاستثمار الانفعالي مع الأشخاص الآخرين أو مع الأحداث الخارجية بقصد أن المسنين يمارسون التحرر من الالتزامات كعملية طبيعية وليس كعملية مفروضة عليهم من المجتمع ظاهريًا، ولكن في واقع الأمر يلاحظ أن هذه النظرية تنظر إلى المسن نظرة تشاؤمية، فهي تتطلب منه أن يفقد دوره الذي كان يلعبه، فيترتب على ذلك قلة الاتصالات الاجتماعية، وانخفاض الروح المعنوية، وقد يسبب ذلك له حالة من الاكتئاب التي قد يعاني منها. (أمال صادق، فؤاد أبو حطب، ١٩٩٩ : ٦١٤)

فالمسن يشعر بأن دوره ينحصر في الانتظار لميعاد موته، فهو يشعر بأنه يعيش في الوقت الضائع، وإنه لن يعيش أكثر مما عاش.



التفاؤل الانتقائي مع نموذج التعويض

Selective optimization With Compensation Model

لخص بالتس وبالتس Baltes & Baltes كيانًا هائلاً من الأبحاث، واقترحوا سلسلة من الاستراتيجيات للتوافق الناجح في التقدم في العمر، حيث رأوا التقدم في العمر كعملية تكيف مدى الحياة وهي عملية ديناميكية من التفاؤل الانتقائي مع التعويض، يعتمد نموذجهم – والذي يصفونه على أنه بداية نظرية – على إطار من الاقتراحات فيما يتعلق بالتقدم في العمر من وجهة نظر نفسية.

وتتمثل هذه الاقتراحات في:

أ- توجد الكثير من الخواص القابلة للتغير مع التقدم في العمر.

ب- توجد فروق رئيسية بين التقدم في العمر الطبيعي والأمثل والمرضى.

جـ- يوجد الكثير من المخزونات الكامنة (القدرات التي لم يتم اختيارها سابقًا ولكن يمكن استدعاؤها عند الحاجة).

د- توجد خسارة مع التقدم في العمر، تقارب حدود المخزون وهي أننا مع التقدم في العمر نبدأ في فقد بعض من طاقتنا المخزونة ولكن هذه الخسارة تكون في أقصى نهاية العملية.

هـ- يمكن للتكنولوجيا والواقع العملي الذي يرتكز على المعرفة أن يعادل الانخفاض المتعلق بالعمر في ميكانيزمات المعرفة.

و- مع التقدم في العمر، يصبح التوازن بين المكاسب والخسائر أقل إيجابية.

ي- تبقى الذات سهلة التكيف وفقًا للتطورات في العمر الكبير.

(*Jon. F. Nussbaum, et al; 2006, p. 12*)



لذلك يستلزم التقدم الناجح في العمر داخل هذا النموذج، تفاعلاً تكيفيًا مع المكاسب والخسائر. وتعد العناصر الثلاثة الرئيسية لهذا النموذج هي الاختيار، والتفاؤل والتعويض. وعندما يتقدم الفرد في العمر تفرض الحدود المعرفية والبدنية قيودًا متزايدة.

يختار الأفراد أو يخضعوا مجهوداتهم في الأجزاء ذات الأولوية، وبالرغم من أن الفرد قد لا يؤدي بنفس الكفاءة في كل أوجه الحياة كما كان يفعل من قبل ولكن هذا لا يمنع الفرد من وضع أولويات أو أهداف جديدة في الحياة.

(Ibid, 2006, p. 13)

يستمر الفرد المتقدم في العمر بنجاح في الاندماج في السلوكيات التي تثري وتزيد مخزوناته العقلية والبدنية. تتيح عملية التفاؤل هذه للأفراد أن يستمروا في زيادة سلوكيات الحياة التي اختاروها.

ومع زيادة القيود في الاحتمال والإمكانية، يمكن للفرد أن يعوض هذه القيود من خلال الاستراتيجيات التكنولوجية والنفسية. قد تتضمن الاستراتيجيات النفسية معينات تذكر خارجية مثل أدوات مساعدة الذاكرة، بينما قد تتضمن الاستراتيجيات التكنولوجية استخدام سماعة الأذن.

كما تتفاعل العناصر الثلاثة للنموذج مع بعضها البعض لتنتج عملية ديناميكية ولذا عندما يعاني الفرد من القصور في الطاقة العامة والخسائر في وظائف محددة ولكن من خلال عملية الانتقاء، والتفاؤل والتعويض يبتكر حياة فعالة ومتحولة. بالطبع هذه العملية من التكيف لا تكتمل أبدًا.

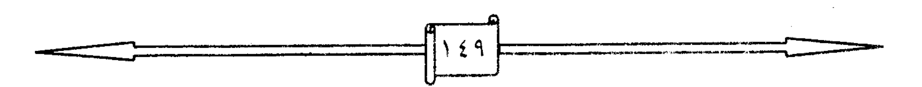
(حنان حسنين، ٢٠٠٦ : ١٥٠)



والخلاصة أن مرحلة الشيخوخة أزمة يواجه فيها المسن مواقف في غاية الصعوبة ويمر بمنعطفات هامة في حياته لذا فهو في حاجة بصورة مستمرة إلى التفكير وتعديل أهدافه وتجنب الضغوط والاضطرابات النفسية ووقف قدراته وإمكاناته وظروف المرحلة الثمانية الجديدة.

ومن خلال العرض السابق للنظريات يمكن استخلاص مايلي:

- أن نظرية الانسحاب تعزل المسنين عن المجتمع، كما تعتبر الشيخوخة مرحلة عدية الاهمية، كما نلاحظ انها يثبت على مجموعة مفككة من الفروض وهى تهل العوامل الحضارية وتؤكد ان ذلك الارتباط آمر حتمى لا يفرضه.
- في حين ان نظرية النشاط تعمل على ان يحتفظ المسن بعلاقات جيدة وخلق انماط جديدة للتقاعد عن طريق الانشطة والاعمال لقضاء وقت الفراغ وبالتالي فإن هذه النظرية تفترض دائما الوسيطة لهؤلاء المسنين.
- اما نظرية الازمة ترى ان التوائق مع الشيخوخة يمكن الفرد من أن يعيش في هذه المرحلة وذلك شعوره يتقبل ذاته، وتقبل الآخرين، وتقبل الواقع، كما هو دون الشعور بالمرارة والندم والاسي على مسافات وان ترك المسن للعمل ليش شرفا ان بفقده الرضا عن الحياة، ولكن يترتب هذا على نوع العمل من ناحية وعلى نمط الشخصية من ناحية اخرى.
- كذلك اتفقت نظرية التوافق، نظرية الشخصية ، نظرية التقاعد ان الاشخاص تتسم شخصياتهم بالتكامل ليس بالضرورة ان يستكملوا آدوارهم في القيام بها، ومدى قدرتهم على إعادة النظر في اتخاذ القرارات ومع ذلك فإن إحساسهم بدرجة عالية من الرضا عن الحياة.



- وتؤكد على ذلك ايضا نظرية الانتفاء الاجتماعي العاطفي التي تركز على المنفعة المتبادلة في حين انها تهل النواحي الانسانية كالعاطفة والوفاء والابتعاد عن الاقارب وهي تؤدي الى انفصال المسنين عن ممارسة اى ادوار اجتماعية .
- بينما تساعد نظرية الاستمرارية للتقدم الناجح في العمر على تفسير بعض الدلائل المتناقضة التى تدعم كلا من نظريتى الانسحاب والنشاط وتلتقي نظرية الاستمرارية مع نظرية النشاط والانسحاب المعدله في التاكيد على ان التقليص التدريجي للانشطة ككل مع استمرارية بعض الانشطة المحددة في فترة التقاعد عموما.
- وفي نظرية العوامل الطبيعية، ونظرية الحامض النووى والتي يتدهور فيها جسم الفرد ويفقد الكثير من خلايا المخ، مما يؤدي في نهاية الامر الى الوفاة لكثرة شكوكه وافتراضه في المرحلة المتأخرة من العمر فإن عمر الانسان لا يفترضه إلا الله عز وجل، ومدى قوة إيمانة بقصيدته.
- وآخيراً يري بالتس وبالتبس Baltes & Balts وأن عملية التكيف هى طول الحياة وقد نحيار الافراد والاولويات في حياتهم رغم القيود التي يعيشون فيها والقهر من قبل الافراد المحيطين به.
- بل وفي حدود هذا السياق الجوهري للنظريات السابقة يجب علينا دائما ان يفيد قراءة التراث النفسي والاجتماعي للدراسات والبحوث التى اجريت حول نطاق هذا الموضوع الهام بعيدة عن الضغوط والاضطرابات النفسية التي يتعرض لها المسن فليس كل من خال عمره عاش حياة خصبة جمدية بالفعل.

استفادة الباحث من بعض النظريات فيما يلي:

١- أهمية تحديد الاحتياجات النفسية والاجتماعية التي يحتاجها المسن وارتباط ذلك بنظرية النشاط وكيفية مواجهة تلك الاحتياجات، حتى يستطيع المسن أن يتوافق مع المرحلة العمرية التي يمر بها.

٢- أهمية التركيز على المداخل الخاصة بمهارات الاتصال للعمل مع المسنين، لمساعدتهم على أن يكون لهم دور في المجتمع، خاصة بعد التقاعد الذي يجعله يتخلى عن أدواره الاجتماعية دورًا بعد الآخر، حيث يشعر المسن بأن له أهمية في المجتمع.

٣- التأكيد على ربط المسن ببيئته الاجتماعية، وقد يكون ذلك من خلال تواجده، واشتراكه في بعض المؤسسات، ومنها على سبيل المثال: أندية رعاية المسنين، ومساهمته من خلال تلك الأندية في الحياة الاجتماعية.

التطور الكمي لفئة كبار السن في مصر حاليًا ومستقبلاً:

إذا كان العام الدولي للمسنين قد انتهى، فمن الواجب التعرف على ما تم عليه حاليًا، والمخطط له مستقبلاً. ولتناول الرؤية المستقبلية لرعاية المسنين لابد من أن نتناول حجم وواقع مشكلة كبار السن من حيث أعدادهم حاليًا، والتوقعات المستقبلية خاصة ونحن في مطلع الألفية الثالثة.

وبنظرة سريعة لنسبة عدد المسنين من إجمالي السكان نلاحظ زيادة مطردة في الأعداد، فمثلاً عام ١٩٩٦م، كان التعداد العام للسكان بمصر حوالي ٥٩,٤ مليون نسمة، منهم ٣,٠٤ مليون نسمة من كبار السن. وبنسبة ٥,١٢٪، وفي عام ٢٠٠٦ سيبلغ التعداد العام للسكان حوالي ٧٠,١٧، مليون نسمة، ويبلغ تعداد كبار السن فيهم حوالي ٤,٩٨ مليون نسمة بنسبة ٧,١٪، وفي عام ٢٠٢٥ سيبلغ التعداد العام

للسكان ٩١,٧٨ مليون نسمة، ويبلغ عدد المسنين فيهم ٩,٨٢ مليون نسمة وبنسبة ١٠,٧٪. (أحلام عبد الغفار، ٢٠٠٣ : ١٧)

وهناك من القاهرة أحدث تقرير سكاني صادر عن الجامعة العربية يبين أن عدد سكان مصر سيصل في عام ٢٠٥٠ إلى ١١٠ ملايين نسمة، من بينهم ٢٣,٧ مليون من كبار السن والمعمرين، الذين يبلغون ٦٠ عامًا فأكثر. واستنادًا لما جاء في التقرير، الذي أعده المشروع العربي لصحة الأسرة، فإن ارتفاع نسبة كبار السن من ٦,٢٪ حاليًا، إلى ٢١٪ في عام ٢٠٥٠، سيؤدي لتغيير الخريطة السكانية لمصر، التي تتميز حاليًا بارتفاع نسبة الفئات صغيرة السن. وحذر التقرير من أن تلك الظاهرة ستلقي بالمزيد من التحديات والجهود على المستويات الاقتصادية والاجتماعية والصحية، نتيجة اتساع مظلة الضمانات لتلبية احتياجات هذه الفئة من السكان.

ومن جانبه يشير قسم الإحصاء الحيوي والسكاني بمعهد البحوث الإحصائية بجامعة القاهرة، أن مصر تعتبر حاليًا من المجتمعات الشابة، وفقًا للمقاييس السكانية المتعارف عليها، وأن ارتفاع نسبة كبار السن خلال السنوات المقبلة يأتي نتيجة انخفاض معدلات كل من الوفيات والمواليد "المرتفعة حاليًا" وتحسن مستوى الرعاية الصحية(١).

(١) جريدة الأهرام: (٢٣) مليون مصري من كبار السن في عام ٢٠٥٠، السنة ٢٠٠٨ بتاريخ ٩/٢/٢٠٠٨- العدد ١٢٣.

أن هناك كثيرًا من المحافظات التي لا يوجد بها دور للمسنين فيضطر المسنون الذين يحتاجون إلى مثل هذه الخدمة إلى الالتحاق بدار خارج محافظاتهم – إذا توفر المكان – مما يؤدي إلى انقطاع صلتهم بأقاربهم وأصدقائهم وهم في هذه السن المتقدمة – مما يزيد من اضطراباتهم النفسية والجسمية نتيجة شعورهم بالاغتراب عن الناس والمكان والبيئة المحيطة بصفة عامة.

وتشرف على هذه الدور جمعيات أهلية مشهرة طبقًا للقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤ الخاص بالجمعيات والمؤسسات الخاصة تحت رقابة وإشراف وزارة الشئون الاجتماعية، وتنقسم الدور الموجودة في مصر حاليًا إلى نوعين وهما:

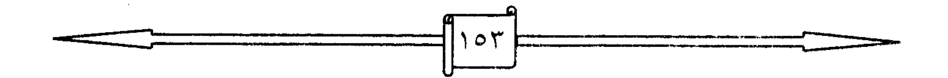
١- دور المسنين القادرين على رعاية أنفسهم.

٢- دور المسنين غير القادرين على رعاية أنفسهم. حيث تبلغ السعة الإجمالية لهذه الدور ٢٥٠٠ مسن تقريبًا، بسنبة ٠,٠٨٪ من مجموع فئة المسنين في مصر.

(ماري أرمانيوس، ١٩٩١: ٢٣٣ – ٢٦٠)

ومما سبق يمكن ملاحظة أن هناك تزايد في أعداد المسنين ونسبتهم لمجموع السكان، وقد يرجع ذلك لتراجع نسبة المواليد وارتفاع سن الزواج بين الشباب، وزيادة الوعي والرعاية الصحية لكبار السن، مما يزيد احتمال بقائهم على قيد الحياة لأعمار أطول من السنوات السابقة. (عزت حجازي، ١٩٩٨ : ٢٢)

ومن الإحصائيات يلاحظ أيضًا أن تزايد نسبة كبار السن يشكل زيادة في نسبة الإعالة، وعبئًا على التنمية في مصر، لأن هذه الفئات من كبار السن تعتبر فئات مستهلكة وليست منتجة، مما يظهر حجم مشكلة كبار السن، وأنها في تزايد مستمر، وبذلك يتضح مدى الحاجة للبحث الحالي كضرورة تفرضها الظروف



الحالية للمجتمع المصري وضرورة وضع حلول لمشاكل هذه الفئات من المجتمع، وتوجيه اهتمام أكبر لرعايتها حاليًا ومستقبلاً.

أهم جوانب حياة المسن ومميزاتها:

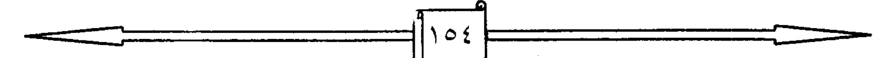
١- قد تمتد فترة الشيخوخة عشرات السنين ولذلك أثره في حياة الفرد ومن حوله من معارف وأصدقاء وأهل .. قال صلى الله عليه وسلم "خيركم من طال عمره وحُسن عمله .. وشركم من طال عمره وساء عمله".

٢- يعاني المسن من ضعف جسمي عام في الإحساس والعضلات والعظام والنشاط الجسمي الداخلي (هضمي وبولي ودموي وجلدي) وضعف عام في النضارة .. وبدء ظهور الترهلات، وأعراض الشيخوخة هذه تظهر على كل إنسان.

٣- نضوج علمي وغزارة وثراء فكري، حيث أن أكابر العلماء خير انتاجهم الفكري في هذه المرحلة (ما بعد الستين) ويكون لدى المسنين أيضًا ثراء شخصي بالخبرة الذاتية مع الآخرين حيث يفهم الحياة فهمًا واقعيًا ويدرك الحياة بعيدًا عن الخيال وبواقعية علمية.

٤- معاناة صحية في تناوب مع المتاعب المرضية، ويتطلب ذلك عناية صحية متواصلة ودقيقة.

٥- صلابة نفسية واجتماعية في الاتجاهات يصعب معها التكيف والتوافق النفسي للمسن مع مستجدات الحياة وما تتطلبه من علاقات وأنماط سلوكية جديدة مع عدة أجيال مما يجعله يعاني من صعوبات التوافق



الضروري للحياة الهادئة. قال تعالى ﴿ وَمَن نُّعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي ٱلْخَلْقِ أَفَلَا يَعْقِلُونَ ﴿٦٨﴾ ﴾ [سورة يس:٦٨].

٦- يرى المسن نفسه إما متخوفًا من الوصول للشيخوخة أو منكرًا لها ولا يعطي لها بالاً في تصرفاته، وكلما تقدم به السن شعر بالعجز أكثر ويحدث ذلك في المجتمعات الغربية حيث يرى المسن نفسه قد وصل لمرحلة سلبية في حياته وذلك نتيجة لطبيعة العلاقات الاجتماعية المفككة، والروابط العائلية الضعيفة. (فؤاد عبد الله، ٢٠٠٧: ٥)

الصراع الناتج عن الاضطرابات والضغوط النفسية:

تلعب الاضطرابات والضغوط النفسية دورًا كبيرًا في حياة المسن، وكثيرًا ما يعد شعور الفرد بكونه وحيدًا عرضًا من أعراض الأمراض النفسية أكثر من كونه انعكاسًا لعزلة اجتماعية واقعية وفعلية.

ويؤكد محمد المرسي (١٩٨٨) أن نصف المرضى العقليين في سن الشيخوخة يعانون من الاضطرابات الوظيفية – لا العضوية –والتي ترجع في جوهرها إلى عوامل نفسية أكثر منها عوامل فسيولوجية وبيولوجية. (محمد المرسي، ١٩٨٨ : ٢٥٤)، وكثيرًا ما يؤدي الاستعداد النفسي للانطواء والعزلة أو شعور المسنين بالفراغ أو اليأس والقنوط أو المعاناة من مشاعر العجز العاطفي مثل انخفاض تقدير الذات وشعور المسنين بعدم كفاءة الشبكات الاجتماعية مثل قلة الأصدقاء وقلة المساندة والدعم الاجتماعي وقلة الاتصال الاجتماعي الناتج عن قلة الدخل وقلة الحركة إلى تدهور الروح المعنوية والشعور بالإحباط وفقد الأمل في المستقبل، حيث يشعر المسن بأنه لا يمكن تحسين حياته أو اتجاهها نحو الأفضل، فيميل إلى الانسحابية والعيش

مع ذكريات الماضي والتحسر عليه، وينظر إلى الخسائر الناجمة عن التقدم في العمر على أنها خسائر لا يمكن تعويضها أو التغلب عليها وبالتالي فإن هذا الشخص لا يبحث عن علاقات جديدة ولا يسعى إليها ولا يتوقع المساعدة من الآخرين ويرتاب فيما يقدمه المجتمع من صور الدعم والمساندة، وتؤدي تلك المشاعر السلبية إلى زيادة عزلة المسن ووحدته. (Cowgill, D. 2006, pp. 222 – 227)

وتعد الاضطرابات النفسية الناتجة عن التمركز على الذات أحد الأسباب التي تؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية لأن هؤلاء المتمركزين على ذواتهم ينظرون إلى اتصالاتهم وتفاعلاتهم مع الآخرين من خلال منظور التكلفة والعائد، لذا فإن المسن المتمركز على ذاته لا يتواصل مع صور الاتصال ولا يتفاعل مع الآخرين لأن تكلفة الاستماع إلى الآخرين تفوق في نظره العائد من ورائها، مما يؤدي إلى تقلص شبكته الاجتماعية وتزايد شعوره بالاضطرابات النفسية. (Cowgill, D. 2006, p. 223)

فمن الممكن أن تمثل رعاية السيدات المسنات لأزواجهن المرضى نوعًا من الضغوط عليهن خاصة إذا كان المرض يحتاج إلى عناية مكثفة تستغرق جهدًا ووقتًا كبيرين، حيث تؤدي هذه الضغوط الجسمية والنفسية إلى تقلص شبكات الزوجات الاجتماعية نتيجة لقلة التفاعل، وكثيرًا ما يجنح هؤلاء الأفراد إلى طلب المزيد من الدعم والمساندة من شبكاتهن الاجتماعية، نتيجة ما يعانونه من ضغوط، مما يؤدي إلى إنهاك تلك الشبكات واستنزافها، لأنه يُشعر الآخرين بأنهن عبء ثقيل عليهم، وغالبًا ما يكون رد فعل الآخرين سلبيًا تجاههن، مما يزيد من شعورهن بالوحدة النفسية نتيجة عدم رضاهن عن اتصالاتهن الاجتماعية وقلة توقعهن للمساعدة من الآخرين. (Douglas, C, Kimmel, 2006, pp. 311- 317)

ويرى الباحث أن تغير أنماط حياة المسنين يؤدي إلى المعاناة من الضغوط والاضطرابات النفسية (قلق – اكتئاب – الشعور باليأس ... الخ). وإلى تعرضه لصور الحرمان من فقد وخسارة للأبناء كلما تقدم بهم العمر، والتي تمثل أحداثًا ضاغطة قد لا يستطيع المسن تحملها أو تعويض الخسارة الناجمة عنها.

حلول مقترحة لعلاج مشكلات الشيخوخة:

وهنا يتصور الباحث بعض الحلول المقترحة لمواجهة الضغوط والاضطرابات النفسية الناشئة عن التقاعد من بينها:

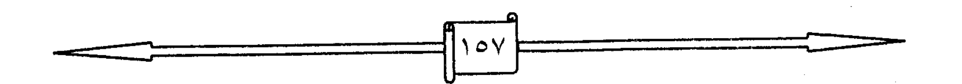
١- السماح للمسن بالاستمرار في العمل المعتاد في نفس الظروف ونفس الأجر بعد بلوغه سن التقاعد ما دام قادرًا على العمل وراغبًا، وبهذا يصبح سن التقاعد اختياريًا.

٢- السماح للمسن بالاستمرار في العمل المعتاد مع تحمل مسئولية أقل فيما يختص بالواجبات والساعات وبأجر منخفض أو بدون أجر.

٣- مساعدة كافة أفراد المجتمع لمساعدة المسن على القيام بكافة وظائفه وأدواره.

٤- وضع حلول علاجية داخل دور المسنين، وتوفير الإخصائيين النفسيين والاجتماعيين مع توفير الراحة لهم.

٥- توضيح الصورة أمام الشخص المسن في كافة المجالات وخاصة القنوات والإذاعة المصرية بتوضيح الدور الإعلامي لهم.



وبعد أن استعرضنا بالتفصيل الإطار النظرى والمفاهيم الأساسية المرتبطة بالبحث متمثلة فى أنماط حياة المسنين، الضغوط، الإضطرابات النفسية، يحاول الباحث فى الفصل الثالث عرض مجموعة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية المرتبطة بمتغيرات الدراسة الحالية.

الفصل الخامس

الدراسات السابقة

مقدمة:

لما كانت أية دراسة ترتكز على جهد إنساني يتمثل في تراث علمي هو ثمرة إضافات واجتهادات الباحثين في مجال محدد ونحو ظاهرة جديدة بالبحث والدراسة، لذا كان هدف الباحث هو محاولة تحديد مدى الاهتمام الذي نالته موضوع الدراسة الحالية وهو تغير أنماط حياة المسنين كمصدر للضغط وعلاقته بالاضطرابات النفسية: دراسة مقارنة بين النزلاء والمقيمين مع أسرهم.

وتعتبر الدراسات السابقة ذات أهمية كبيرة في تحديد مشكلة الدراسة وكيفية اختيار عينة الدراسة وأدواتها، وكذلك الأساليب الإحصائية المناسبة، بالإضافة إلى صياغة فروض الدراسة وتفسير النتائج.

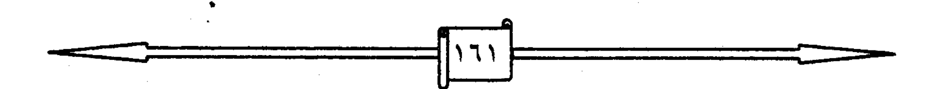
وفي هذا الفصل يعرض الباحث لأهم البحوث والدراسات العربية والأجنبية المتعلقة بمجال البحث الحالي، ثم يقوم بالتعقيب على الدراسات وعلاقتها بالبحث الحالي.

وقد صنف الباحث الدراسات السابقة إلى أربع محاور رئيسية لسهولة دراستها والاستفادة منها، وذلك على النحو التالي:

الأول، دراسات تناولت أنماط الحياة لدى المسنين.

الثاني، دراسات تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية لدى المسنين.

الثالث، دراسات تناولت الاضطرابات النفسية لدى المسنين المقيمين في منازلهم والمقيمين في المؤسسات.



الرابع، دراسات تناولت العلاقة بين الضغوط والاضطرابات النفسية وأنماط الحياة لدى المسنين.

وقد أجرى واناميثى وآخرين (Wannamethee, et al; 2007):

دراسة تهدف لمعرفة تأثير عوامل أسلوب نمط الحياة والتغيرات فى هذه العوامل حول مخاطر الحمى الأيضية فى المسنين، وتكونت العينة من ٣٠٥١ رجلاً من عمر ٦٠ إلى ٧٩ عاماً فى ٢٤ مدينة بريطانية وهم ليس لديهم مرض السكرى أو تشخيص لأمراض القلب التاجية، وقد استخدمت الدراسة عدة مقاييس منها أسلوب الحياة، التدخين، النشاط البدنى، وزن الجسم "الامتصاصات الغذائية للدهون والكربوهيدرات، متضمنة التغيرات الحديثة فى الثلاث سنوات الماضية النشاط البدنى ووزن الجسم، الحمى الأيضية، وقد كشفت النتائج عن تعديل لكل عوامل أسلوب أنماط الحياة الأخرى القابلة للتعديل، الوزن الزائد، السمنة، والخمول الجسدى كانت مصحوبة بخطر أكبر للحمى الأيضية، كما فى التدخين، والنظام الغذائى كثير الكربوهيدرات (أكبر من ٥٧٪ من الطاقة) وشرب الخمر وتناول الأغذية الدهنية ليس له علاقة بالحمى الأيضية. ولقد أظهر المدخنون السابقون على المدى الطويل خطراً مشابهاً لغير المدخنين. وصاحب ممارسة الأنشطة البدنية وفقد الوزن انخفاض خطر الحمى الأيضية. كما يصاحب زيادة الوزن، والسمنة، والخمول البدنى، والنظام الغذائى الكربوهيدراتى، تدخين السجائر خطورة أكبر للإصابة بالحمى الأيضية فى المسنين. إن تعديل عوامل نمط أسلوب الحياة حتى فى آخر العمر له قوة كبيرة فى الوقاية الأولية من الحمى الأيضية.

أما دراسة سميث وآخرين (Smith, et al; 2007):

والتى تهدف إلى إيضاح أن كبار السن من الرجال والنساء لديهم سياقات حياة مختلفة مثل توظيف لطول العمر التفاوتى وفرض البنائية الاجتماعية خلال مسار الحياة. والسؤال إذا ما كانت الاختلافات المتعلقة بالجنس تظهر أيضاً فى التوظيف اليومى والنفسى فى المسنين الأكبر سناً، وكانت الدراسة لـ ٢٥٨ رجلاً، ٢٥٨ سيدة بين عمر ٧٠و ١٠٣عاماً (م = ٨٥ عاماً) من المشاركين فى دراسة برلين للشيخوخة، ولقد تم ملاحظة اختلافات هامة فى الجنس فى ١٣ من ١٨ مظهر من مظاهر الشخصية منها العلاقات الاجتماعية، وأنماط النشاط اليومى، والرفاهية، وحدد تحليل المجموعة إحدى عشرة مجموعة فرعية والذين يمكن تصنيف أوجه ظروف حياتهم والتوظيف النفسى والصحى لديهم بصورة أكثر أو أقل رغبة (توظيفياً).

وأظهرت النتائج أن الخطر النسبى للوجه الأقل رغبة أعلى ١.٦ مرة للنساء عن الرجال. وبالنسبة للمسنين الأكبر سناً يحمل الجنس كمتغير اختلافات فى الهشاشة البدنية وظروف الحياة والتى من المحتمل أن يكون لها نتائج للتوظيف النفسى.

كما قام فيليب سيلفرمان وآخرين (Silverman, et al;2007):

بدراسة عن أنماط الحياة بين كبار السن من خلال إجراء مسحي على ١٩٦ من الصينيين كبار السن في تايوان، ٢٩٨ من الأمريكان كبار السن في غرب أورتجون للمقارنة بينهما، حيث كان التركيز على الحالة الصحية وسمات الشبكة الاجتماعية المنتقاة مثل مدى وقوة النسبة المئوية للأقارب. بالإضافة إلى دراسة

الفروق بين هذه المتغيرات ومتغيرات أخرى في العينتين القوميتين حيث تم اختبار فرضية باستخدام قليل الانحدار المتدرج وقد أسفرت النتائج عن: ارتباط القيم الأعلى من المدى والقوة بالقدر الأكبر من أنماط الحياة، واختبار للفرض الخاص بالضغوط ومن جميع المتغيرات الرئيسية التي تمت دراستها أنماط الحياة والصحة وسمات الشبكات المختلفة وكانت العينات مختلفة بصورة دالة في بعض الحالات وكان لدى الصينيين شبكات أقوى ونسبة مئوية أكبر من الأقارب في شبكتهم إلا أن الأمريكان كان لديهم شبكات أكبر وسجلوا درجات مرتفعة بصورة دالة في أنماط الحياة إلا أنها تحسنت بصورة دالة في الصحة.

وفى دراسة بور وآخرين (Power, el al; 2008):

وهى دراسة تابعة لمنظمة الصحة العالمية لنمط الحياة، وقد استهدف البحث الكشف عن أهم مكونات مفهوم نمط الحياة حيث تم جمع البيانات الإحصائية لهذا البحث من خمس عشرة دراسة ارتباطية، أجريت في خمسة عشر مركزاً عالمياً متخصصاً في بحوث نوعية الحياة. وقد أجرى الباحثون تحليل الانحدار على هذه البيانات، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود ٢٤ متغيراً تبين ارتباطهم القوي بنمط الحياة، وقد صنفت هذه المتغيرات، وفقا لأربعة مجالات موضوعية هي: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والجوانب البيئية، بالإضافة إلى مجالين للإدراك الذاتي، هما الرضا عن الحياة، والرضا الشخصي عن الحالة الصحية.

وقام ستودنجر وآخرون (Staudinger, etal, 2008):

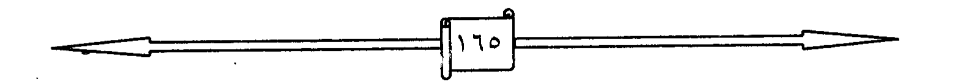
بدراسة هدفت إلى الكشف عن المؤشرات، التي تعكس أسلوب أنماط الحياة والجانب الذاتي للصحة الجسمية. وقد افترض الباحثان أن هناك ثلاثة عوامل

بمثابة مؤشرات أو منبئات لنمط الحياة والجانب الذاتي للصحة الجسمية، هي: متغيرات البناء الاجتماعي، وسمات الشخصية، ومهارات تنظيم الذات، وقد أجريت الدراسة على عينة من المسنين قوامها ٤٠٠٧ مشاركاً منهم ٢٤٠٠ أمريكياً، و١٦٠٧ ألمانياً حيث تتراوح أعمار العينة بين ٦٥– ٩٥ عاماً. وباستخدام تحليل الانحدار وكشفت نتائج الدراسة أن مهارات تنظيم الذات كانت أقوى المنبئات لكفاءة الصحة الجسمية والتي تمثلت في البعد عن سلوكيات المخاطرة المؤدية لبعض الأمراض القلبية والسرطانية، وكانت السمات الشخصية، والتي اشتملت على الأبعاد الأساسية للشخصية كالعصابية، والانبساط، والمجاراة، والانفتاح.

وفي دراسة نورمان وسوزان ماري (Norman, Suzanne Mary, 2008):

صممت هذه الدراسة لصقل وزيادة فهمها لتنمية وتعليم الكبار من خلال دراسة أنماط الحياة ووجهات نظر المسنات. ولقد تم دراسة اختلافات الجماعة فى أنماط العمر فى السلوك النمائى لكبار السن من النساء وذلك من خلال استخدام حوار شفهى بناء ومقاييس لتنمية إشباع رغبة الحياة، والتعريف الشخصى لمعنى وهدف الحياة. وتم توجيه ثلاثة أسئلة رئيسية:

- هل هناك تشابه بين النساء فى الستينيات والثمانينات من عمرهم بما يرتبط بالمراحل النمائية السابقة فى سن البلوغ التى تختلف عن النتائج مع الرجال؟



- هل المهام النمائية مختلفة للنساء فى الثمانينات والستينيات من عمرهم؟

- هل يؤثر الاكتمال الناضج، للمهام النمائية الحالية والسابقة على الهدف وإشباع رغبة الحياة فى آخر العمر؟

وكان عدد المشاركات ٤١ فردا من النساء الأصحاء كبار السن و٢١٠ فرد كانوا من سن ٦٠ إلى ٧٠ عاما و٢٠ فرد من سن ٨٠ إلى ٩٠ عاما ، وتم تحديد موعداً لكل فرد فى جلسة مقابلة حيث يتم جمع المعلومات الديموغرافية الأساسية أثناء المقابلة ثم يتبعها لقاء شفهى شبه منظم لاستكشاف فترات الاستقرار والتغيرات الرئيسية فى سن البلوغ وتفسير المشاركين لكل فترة. وذلك ضمن الفترة النمائية الحالية للفرد والتفسير السلوكى الارتجاعى للفترات الأولية فى سن البلوغ. وبعد المقابلة تكتمل المقاييس المعيارية للتنمية، إشباع رغبة الحياة ومعنى وهدف الحياة الحالى. واستخدام التحليل أحادى المتغير للتفاوت لدراسة اختلافات مجموعة العمر على مقاييس معيارية تعكس التطور الحالى والسابق. وتم استخدام الانحدار متعدد التدرج لاستكشاف العلاقة بين حل المشكلات النمائية والاشباع وهدف الحياة الحالى، وأظهرت النتائج تدوين المقابلات الشفهية وتم تلخيصها ومقارنة إجابات النساء فى كل مجموعة عمرية وتم استخدام نموذج التقنية المناسبة لمقارنة البيانات الكمية والكيفية لنظريتى التنمية المؤسسة: نموذج المرحلة لإريكسون Erikson ونموذج التوقيت ل نيو جارتن Newgarten وتم مناقشة

مضمون هاتين النظريتين لتنمية وتعليم الكبار القائمة على ثباتهم مع تجارب النساء وكبار السن.

وأما دراسة سيمبسون وآخرين (Simpson, et al; 2008):

والتى تهدف إلى وصف عوامل أسلوب أنماط الحياة والصحة للمشاركين فى دراسة (زينث Zenith). وقد صممت هذه الدراسة لتوظيف تصميم عشوائى مزدوج التعميم، وقد شارك فى عينة الدراسة مجموعة من المسنين فى دار N = ٣٨٧ من سن ٥٥ – ٨٧ عاماً من مناطق فى فرنسا، إيطاليا، والمملكة المتحدة، وقد اشتملت أدوات الدراسة على استفتاء تقرير الذات، المتغيرات الديموغرافية، الاجتماعية، عادات الغذاء، النشاط البدنى فى المنزل، بالعمل، والتسلية، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن تفاوت المشاركين بالنظر إلى عادات الغذاء والنشاط البدنى لكل منطقة، وكان النشاط الترفيهى أعلى فى فرنسا وتميل النساء عادة إلى قضاء ساعات أقل فى النشاط الترفيهى عن الرجال كل أسبوع، وقد أوضحت الدراسة أيضاً الاختلافات الظاهرة لهذه المناطق فى أوروبا التى تدخل بعوامل أسلوب أنماط الحياة سوف تؤثر على الصحة والرفاهية داخل هذه الدول وربما تؤثر على المتغيرات الحيوية والنفسية المختلفة. ودعمت اللجنة الأوروبية دراسة (زينث Zenith) حول أنماط الحياة وإدارة مصادر المعيشة، وهو برنامج إطار العمل الخامس.

أما دراسة هولت وآخرين (Holt, et al; 2008):

تهدف هذه الدراسة الوصفية الارتباطية إلى دراسة العلاقة بين مقدار معايشة الضغوط وطرق أنماط الحياة. كما قامت بدراسة العوامل الديموجرافية والمصادر الشخصية وتأثير إدراك التمييز العنصري لتحديد العلاقة بين تلك المتغيرات والتنبؤ بالقدر المدرك من الضغوط النفسية وطرق المسايرة، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم بين ٦٥ – ٨٨ عاماً، واستخدمت الدراسة مقياس العوامل الديموجرافية، ومقياس Stokes and Gordon للضغوط النفسية، واستبيان طرق وأساليب المسايرة، واستمارة بيانات عامة حيث تم تحليل البيانات باستخدام جهاز الحاسب لقياس تباين اتجاه وتكرار النسبة المئوية للمقاييس. كما استخدمت الدراسة كذلك طريقة النكوص المتعدد للتنبؤ به واختبار الفروض الصفرية، وتشير نتائج الدراسة أن المسنين الأمريكان لأصول أفريقية يعايشون أحداث مثيرة للمشقة والضغط النفسي في حياتهم. واشتملت أساليب مواجهة الضغوط على الطرق المتمركزة على المشكلات لتقليل الموقف والطرق الانفعالية للتحكم في الانفعالات التي يسببها الموقف. ولقد وجدت علاقة إيجابية دالة بين الضغوط النفسية وطرق مسايرتها.(Holt, et al; 2008)

كما قام ساندسون أرتى وآخرين (Sanidson, R.T et al; 2009):

بدراسة تهدف الى وضع نظام للممارسات لنمط الحياة لمجموعة من المسنات غذائى غنى بالكالسيوم، تدريبات تحمل الوزن، التوقف عن التدخين، الحد من

المشروبات الكحولية لتدعيم صحة العظام بالرغم من أن كل امرأة من ثلاث ما فوق سن الخمسين فى خطر الإصابة بمرض هشاشة العظام، ولم يتم توفيق ممارسات أسلوب نمط حياة النساء المسنات الذين يعيشون فى اسكتلندا جيداً، وكان الهدف هو تقصى ممارسات أسلوب نمط الحياة لمجموعة من المسنات الذين تلقوا نصائح لأسلوب الحياة بعام قبل المشاركة فى البحث العلمى لتحديد الخطر الفردى لهشاشة العظام، وقد استخدمت الدراسة النموذج التحليلى التجريبى. كما تم استخدام تصميم المسح الوصفى للبحث العلمى والطريقة الأساسية لجمع المعلومات كانت الاستفتاء عن طريق البريد. كما تم الحصول على البيانات الكيفية من المحادثات الهاتفية لعدد صغير من المشتركات كانوا مبحوثى التحليل النفسى، وقد أسفرت النتائج أنه تم إرسال الاستفتاء إلى ٣٢٠ سيدة وكان معدل الاستجابة ٩٢,٥٪ N = ٢٩٦. ولكن معظم هؤلاء السيدات مدخنات، وليس لديهم مشكلات كحولية وكانوا مشتركين فى تدريبات منتظمة لتحمل الوزن. ومعظمهم لم يكن لديه نظام غذائى غنى بالكالسيوم فى العام السابق وحوالى ٢١,٢٪ N = ٥٨ قد غيروا نظامهم الغذائى عقب معرفتهم بخطورة هشاشة العظام، وقد توصلت النتائج المتعلقة بالنظام الغذائى، التدخين، التدريب، والكحول، أنه تم دعمها من قبل البحث السابق ونوصى بأبحاث أكثر من عينات أكبر فى المملكة المتحدة لاستكشاف أسباب عدم امتصاص السيدات المسنات للكمية المناسبة من الكالسيوم. وكانت النتيجة الهامة إحصائياً أن النساء الذين فى خطر الإصابة

بهشاشة العظام هم الأقل فى عمل تغييرات فى أساليب أنماط الحياة والحاجة إلى أبحاث أكثر لجمع المعلومات المطلوبة وممارسات أسلوب نمط حياة المسنات الذين هم فى خطر الإصابة بهشاشة العظام شيء مطلوب.

٢- دراسات تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية لدى المسنين:

قامت تاك صن جي وآخرين (Tak, Sunghee, et al; 2008):

بدراسة تهدف إلى اكتشاف الضغوط في الحياة اليومية، استراتيجيات المعايشة من منظور البالغين الأكبر سنًا ذوي التهاب المفاصل وللضغط اليومي تأثير بارز على التنبؤ بالاكتئاب والرضا المنخفض عن الحياة لدى المسنين. وقد تكونت عينة الدراسة من ١٣ بالغًا من كبار السن ، ومن المشاركين في برامج Chapters المحلية لـ Fountation، أعضاء المراكز العليا ورواد البقالة في جنوب شرق الولاية. وتضمن المشاركون ٩ نساء و ٤ رجال. وتراوحت أعمارهم من ٦٠ إلى٨٤ عامًا. وكان كلهم من القوقازين ذوي تعليم جيد في الغالب. وكان لديهم التهاب مفاصل لفترات متنوعة ومشاكل طبيعية أخرى، وتم استخدام تحليل محتوى لنصوص اللقاءات، المقابلة الشخصية، استمارة بيانات عامة، وقد أوضحت نتائج الدراسة ست مصادر للضغط في الحياة اليومية للمشاركين وهي: الصحة، الأعمال الروتينية، القضايا الأسرية، الإدارة المالية، العلاقات الاجتماعية وظروف المعيشة. وقد ظهرت ثلاث استراتيجيات رئيسية للمعايشة مع الضغوط اليومية وهي: الجهود المعرفية، الأنشطة البناءة، والأداء التأكيدي. وتوضح نتائج الدراسة أنه بالنسبة للمسنين ذوي التهاب المفاصل، كانت الهموم الصحية وفقدان القدرة الوظيفية مصادر

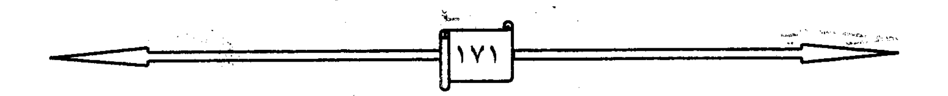
أساسية للضغط كالعلاقات الاجتماعية والأسرية. ويبدو أن التدهور في الصحة والتغيرات في الأداء البدني يتداخل مع تنفيذ المهام اليومية وبالتالي يسبب درجة مرتفعة من الضغط ويقلل من الضبط الملحوظ للحياة لدى المسنين ذوي التهاب المفاصل. وقد كان للتأثير المتراكم للضغط اليومي تأثيرًا على الرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين ذوي التهاب المفاصل، (Laffky, et al; 2003).

أما دراسة ستـرريلز وآخرين (Starrels, et al; 2008):

والتى تهدف إلى فحص التأثيرات المباشرة والغير مباشرة لمعرفة اثر الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأبناء والبنات العاملين، واشتملت العينة على فحص البيانات التي تم الحصول عليها من ١٥٨٥ عاملاً وعاملة الذين يرعون الوالدين أو يحمونهم والذين يبلغون ٦٠ عامًا أو أكثر. حيث استخدم في هذه الدراسة تحليل المسار وتفكك البناء، وقد اظهرت نتائج الدراسة التأثيرات المباشرة للضغوط النفسيةعلى المسن ، وذلك بالمقارنة بتأثيره على محددات الأنشطة في ظروف المعيشة اليومية. حيث اكتشفت وجود تأثيرات غير مباشرة على الضغوط النفسية التي يتعرض لها مقدمى الرعاية عن طريق كمية الرعاية التي يقدمها وكذلك بعض التأثيرات الملموس للوقت الزمني الذي يتم قضائه بعيدًا عن العمل لمساعدة المسن.

وفي دراسة أخرى قام بها دف وجينيفر (Duh & Jennifer, 2008):

والتى تهدف إلى معرفة الصعوبات والتحديات التي يعيشها المهاجرين والاكتئاب لدى المسنين الصينيين في الولايات المتحدة الأمريكية. وكيف أن ضغوط هؤلاء المهاجرين تؤثر على حياتهم وحالتهم النفسية؟، وقد شارك في عينة الدراسة مجموعة من المسنين أعمارهم فوق الـ٦٥ عامًا، هاجروا إلى الولايات المتحدة



الأمريكية منذ كان عمرهم ٥٥ عامًا، واستخدمت الدراسة استبيانات يتم إدارتها ذاتيًا، مقياس الضغوط النفسية، ومقياس للاكتئاب، وقد أسفرت نتائج الدراسة أن الضغوط لدى هؤلاء المهاجرين متزايدة وكذلك مستوى الاكتئاب لديهم. كما لاحظت الدراسة طول مدة الاستجابة للضغوط أثناء الهجرة. وقامت الدراسة بمناقشة الآثار المترتبة على تطبيقها.

كما قام وارد وباربرا (Ward & Barbara, 2008):

بدراسة تهدف إلى اختبار ذكريات الطفولة لدى المسنات الأكثر معاناة مع الضغوط من خلال المواقف المختلفة، وقد تكونت عينة الدراسة من ٤٢ من المسنات تتراوح أعمارهم من ٧٠-٧٩ تم تعريفهم من خلال ٣ مواقف علاجية: بدون ضغوط، ضغوط يمكن التحكم فيها، ضغوط لا يمكن التحكم فيها. وقد تأثرت المجموعة الضابطة بالضغوط النفسية. تعرض جميع المشاركات لمدة ٧ ثواني لنغمة ضوضاء على الكمبيوتر حيث تم تحليل البيانات باستخدام اختبار+ إحصائيات كام، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التعبير عن الفقدان، وقد حصلت مجموعة الضغوط التي لا يمكن التحكم فيها على أعلى مستويات الفقدان من المجموعة التي لم تتعرض للضغوط.

٣- دراسات تناولت الاضطرابات النفسية لدى المسنين المقيمين في منازلهم والمقيمين في المؤسسات...

قام كل من : دراسة حسن مصطفى وراوية دسوقى (١٩٨٨):

بدراسة تهدف الى معرفة مستوى القلق لدى المسنين، وإلى التعرف على الفروق بين المسنين العاملين والمتقاعدين في مستوى القلق ثم محاولة الوقوف على

العوامل الدافعية والانفعالية اللاشعورية التي تؤثر على قلق المسنين، وطبقت عينة الدراسة على عينة قوامها ن = ١٠٠ من المسنين ذكور وإناث والتي تزيد أعمارهم عن ٦٠ سنة، وقد تم استخدام الأدوات التالية: استمارة جمع بيانات، مقياس القلق الصريح لتيلور، مقياس قلق الموت، استمارة المقابلة الشخصية، واختبار تفهم الموضوع وأسفرت نتائج الدراسة عن التالى:

- عدم وجود فروق بين الجنسين في القلق العام وقلق الموت. وأن المسنين الذين تقع أعمارهم في المدة ٧٠ سنة فأكثر كانوا أكثر إحساسًا بالقلق العام، وقلق الموت من المسنين الذين يقع أعمارهم في المدة ٦٠-٦٩ سنة بمعنى أن المسنين كلما تقدموا في العمر كانوا أكثر إحساسًا بالقلق.
- إن المسنين الأرامل يكونون أكثر إحساسًا بقلق الموت ممن يعيشون مع الأقران والأبناء بصفة عامة، والذين يعيشون بمفردهم منهم يكونون أكثر إحساسًا بالقلق ممن يعيشون مع الأبناء.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين المسنين الذين يعيشون مع أقرانهم وأبنائهم، والمسنين الأرامل الذين يعيشون مع الأبناء في القلق العام في حين وجدت فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في قلق وأن المسنين المتقاعدين أكثر إحساسًا بالقلق العام وقلق الموت من المسنين الذين وجدوا فرصة للعمل بعد سن الستين.
- وأبرز ما تحققت منه نتائج الدراسة هو أن حالة القلق في مرحلة الشيخوخة تعد سمة مميزة لهذه المرحلة وأن الأفراد كلما تقدموا في العمر زاد مستوى القلق لديهم، كما أن وفاة القرين الزوج أو الزوجة تُشعر



المسنين بقرب النهاية وذلك لما تفرضه من الإحساس بالعزلة والوحدة النفسية.

وفي دراسة أخرى لعزة مبروك (٢٠٠٢):

هدفت لاستكشاف أهم محددات التنبؤ بالتقدير الذاتي للصحة الجسمية والاكتئاب لدى مجموعة من الذكور المصريين كبار السن، وقد أجريت الدراسة على ١٢٠ مسنًا من المقيمين بمدينة القاهرة الكبرى، وتتراوح المدى العمري لهم بين ٦٠-٧٤ سنة متوسط ٦٣,٢٤ وانحراف معياري ٢,٨٨، واستخدمت مقياسًا للتقدير الذاتي للحالة الصحية الجسمية، ودرجة الاهتمام بالصحة، وقد أسفرت نتائج الدراسة أن أهم المؤشرات التي تنبأت بتقدير المسن لحالته الصحية، كانت متغير العمر، والمستوى التعليمي (كمتغيرات ديموجرافية) ومتغير عدد الأمراض المزمنة التي يعاني منها المسن (كمتغير حيوي) والمقارنة الاجتماعية (كمتغير اجتماعي معرفي). وتنخفض مستويات الاكتئاب.

دراسة ميوي (Mui, 2003):

والتى تهدف إلى التعرف على الاضطرابات النفسية لدى المسنين الصينيين ومن هذه الاضطرابات الاكتئاب وعدم معرفتنا بمشكلات الصحة النفسية لديهم لم يجعلنا على دراية أكثر بالمشكلات النفسية الشائعة عندهم، ومن أخطر هذه الاضطرابات الاكتئاب، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها ٥٠ مسن يقيمون في دور المسنين، واستخدمت الدراسة مقياس للاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى أن المسنين الذين كانوا يعيشون مع آخرين ويشعورون بالرضا كانوا أقل اكتئابًا. وهذه النتيجة تلقي الضوء على أهمية عامل الثقافة والقيم الفردية الخاصة بالمسنين.

كما أجرى كوينج وآخرين (Koening et al; 2004):

دراسة عن الاكتئاب على عينة مكونة من ٥٤٢ من المسنين نزلاء المستشفى ١٦٠ مرضى بالاكتئاب و ١٧٠ غير مكتئبين تم متابعتهم لمدة ٤٧ أسبوع بعد شفائهم وقد وجد أن ١١٣ مسن بعد شفائهم ظهرت لديهم بعض المشكلات العضوية وتكررت بصورة كبيرة وخصوصًا خلال فترة من ٩-١٣ شهر بعد شفائهم وخروجهم من المستشفى وقد سجل عدد كبير من المسنين انتكاسات وعودة إلى المستشفى مرة أخرى وتم وضعهم تحت الرعاية التمريضية وقد ظهرت لديهم أعراض الاكتئاب بعد التحكم في المرض العضوي، وبذلك أكدت الدراسة على ضرورة تقديم الرعاية النفسية لمرضى الاكتئاب من المسنين وذلك جنبًا إلى جنب مع علاج الأمراض العضوية.

كما قام أحمد عبد الفتاح (٢٠٠٤):

بدراسة هدفت إلى الكشف عن الفروق في بعض الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية – سمة القلق- الاكتئاب) بين المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية في ضوء اختلاف بعض الظروف الخاصة بهم والتي تتمثل في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وجود الأبناء، معاملة الأبناء لهم، القدرة على خدمة النفس، وجود أحد الأمراض المزمنة، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المسنين في الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية – سمة القلق- الاكتئاب) وفقًا لاختلاف السن، عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المسنين في الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية – سمة القلق-

الاكتئـاب). وفقًـا لاخـتلاف المسـتوى التعليمـي وأيضًـا وفقًـا لاخـتلاف الحالـة الاجتماعية.

وقام لانش وآخرين (Lynch, et al; 2007):

بدراسة تهدف إلى فحص الارتباط الإكلينيكي، التاريخي وارتباطات الظاهرة للاكتئـاب والقلـق: وأشـارت تحليلات النكـوص إلى ارتبـاط مرضـي مصـاحب الاكتئـاب والقلـق بتـاريخ عـدد كبير في فترات الاكتئـاب، الضغوط الأكثر سلبية ومرتبطة بمتوسط مستوى الضغط ذو التصريح الذاتي المرتفع في الشهور الست الماضية، وقد اشتملت العينة على عينة قوامها ١٥٩ من المسنين حيث تم تسجيل المشـاركين في مركـز (NIMH) للأبحـاث الإكلينيكيـة لدراسـة الاكتئـاب في الحيـاة المتأخرة في جامعة DUKC، وكانوا يواجهون معيار لاضطراب الاكتئاب الرئيسي في مرحلة اللقاء التشخيصي. وبصورة كلية أحرزت العينة في مدى الاكتئاب من المتوسط للشديد بناء على تقديرات مقياس Carroll للاكتئـاب وقد أحرز أحد المفحوصـين ٥,٦٪ في مـدى غـير الاكتئـاب ٥٠٩ في تقـديرات مقيـاس Carrol للاكتئاب، ٣٤ مفحوصًا، ٢١,٤ في مدى الاكتئاب المتوسط ١٤,٢٤، ٤٨ مصر ٣٠,٢٪ في مـدى الاكتئـاب الشديد ٢٥-٣٥ وسبعة مفحوصين ٢٤,٤٪ في مـدى الاكتئـاب البـالغ. وقد كـان العينـة متوسط درجة يصل إلى ٢٢,٢١ ومدى ٣٩ ، ٠، واسـتخدمت الدراسـة الأدوات التاليـة: قائمـة Duke لتقيـيم الاكتئـاب، وقائمـة الأعـراض التشخيصية. وقد تم تحديد تشخصيها DSM السادسة لكل المشاركين بواسطة الإجماع التشخيصي الذي اشتمل على هيئة مرخص لها، استمارة بيانات طولية، وقد استخدم كذلك مقياس القلق.

- أن اضطرابات القلق كانت أقل شيوعًا بين الأفراد الذين يبلغون ٦٥ عامًا وما فوقها أكثر من البالغين الشباب، فبغض النظر عن ذلك نجد أنها تحدث بمعدلات بارزة. ويقدران من ١٥-٢٠٪ من المسنين يعايشون أعراض بارزة إكلينيكيًا للقلق في أي وقت مفترض (manila, et al; 1996)، بينما قدر أنه كان لـ ٣٤٪ منهم أعراض قلق في أي مرحلة من حياتهم ولذلك يبدو أن اضطرابات القلق كانت من بين الأمراض النفسية الأكثر شيوعًا للتأثير على المسنين.
- أن عرض القلق كان مرتبطًا بصورة بارزة بمستوى الضغط المتوسط ذو التقدير الذاتي، العمر في أول فترة اكتئاب رئيسي، لوحظ الشعور بعدم القيمة، الخطأ أو الذنب، محاولات الانتحار، ضغوط الحياة النفسية الكثيرة. وفسر مستوى متوسط الضغط الذاتي بـ ١١٪ من التغير الملحوظ في القلق، عدد ضغوط الحياة التي قدرت بـ ٥٪ من التغير.
- تميز المسنين ذوي الاكتئاب عن أقرانهم الأصغر سنًا بعدة أعراض تشتمل الانتشار المنخفض لليأس، أعراض جسدية محددة (مثل نقص الاهتمام) وأعراض تخيلية أقل (مثل الشعور بالذنب أو تخيل الانتحار).
- أوضحت أيضًا تحليلات التغير ارتباط اكتئاب القلق ببداية الاكتئاب المبكرة والشعور الأكبر بعدم القيمة، الخطأ أو الشعور بالذنب وسلوك الانتحار.

وفي دراسة دا ڤيد لاسترينر وآخرين (*David Latreiner, et al; 2007*):

والتى تهدف إلى معرفة الاضطرابات النفسية لدى المسنين والوقوف على مشكلاتهم مع إيضاح سيادة الحالة المزاجية، القلق، والاضطرابات الأخرى، وقد أجريت عينة الدراسة لدى جماعة من الكنديين من أعمار ٥٥ وما فوقها للرجال والنساء الناطقين بالإنجليزية والفرنسية وكل اللغات، ولكل الأشخاص المولودين في كندا والذين هاجروا لكندا بعد عُمر الثامنة عشرة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس القلق والاكتئاب، كذلك تم إجراء استبيان يؤكد صحة المجتمع الكندي تم إجراؤه بواسطة إحصائيات كندا (الهيئة الإحصائية القومية) بين مايو وديسمبر ٢٠٠٢. وقد اعتمد لقاء استبيان صحة المجتمع الكندي على اللقاء التشخيصي الدولي لمكون الصحة العقلية العالمية بمساعدة الكمبيوتر بإدارة الاستبيان. وقد تم تقييم المستحقين للدراسة للمتغيرات الإحصائية، التشخيص النفسي، التاريخ المرضي، بيانات استخدام الخدمة. وقد قمنا بجمع بيانات عن عمر، نوع، حالة الهجرة لكل مستجيب (كبلد الميلاد خارج كندا). واشتمل استبيان صحة المجتمع الكندي على خمس اضطرابات: (الاكتئاب الرئيسي، الاضطراب القطبي الثنائي)، كما تم الإشارة إليه بواسطة وجود فترة أو أكثر للهوس، الفوبيا الاجتماعية، فوبيا الشيخوخة، واضطراب الزعر). وتتبع كل التقديرات التشخيصية معايير DSM. IV باستثناء المدة المطلوبة لفترة الهوس، وقد أظهرت النتائج أن معدل انتشار الاضطرابات النفسية أعلى للنساء من الرجال. وقد صرح المهاجرين بمشاكل أقل من غير المهاجرين مع اختلافات تنخفض مع العمر. وصرح الناطقين باللغات الفرنسية من كلا الجنسين باضطراب حالة مزاجية أكثر من

الناطقين بالإنجليزية لكن كان للرجال الناطقين باللغة الفرنسية اضطراب قلق أقل من الرجال الناطقين باللغة الإنجليزية، كما ظهر انخفاض ثابت في معدل الاضطرابات النفسية وكانت الاضطرابات الأكثر انتشارًا في العمر المتقدم (القلق، الفوبيا، اليأس) وذلك بمعدل ٥,٥٪، ٤,٨٪، ١,٨٪ تقريبًا.

- ظهرت الاضطرابات النفسية أقل شيوعًا لدى البالغين الأكبر سنًا لأن الرفاهية النفسية تتحسن بتقدم العمر.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لكل من الرجال والنساء تتراوح نسبته ١٧,٦٢٪ للنساء من أعمار ٥٥-٥٩ عامًا. لانتشار ٤,٨١٪ عن الرجال الذين يبلغون من ٥٥-٥٩ عامًا إلى ٤,٤٩٪ للرجال الذين يبلغون ٧٥ عامًا وما فوقها. وحتى عمر ٧٥، كان الانتشار أعلى بين النساء أكثر من الرجال. وفوق ٧٤ عامًا كان الانتشار متساويًا.
- تنخفض معدلات الانتشار مدى الحياة لاضطراب القلق والحالة المزاجية للناطقين باللغة الفرنسية والإنجليزية من الجنسين. ومع ذلك وبالنظر إلى كل الاضطرابات، زاد انتشاره للنساء الناطقات بالفرنسية من أوائل ٦٠ عامًا لأواخر ٦٠ قبل التدهور مرة أخرى، بينما يوجد انحدار طفيف للرجال الناطقين بالفرنسية الأكبر سنًا. ويجعل الخطأ المعياري الكبير هذه التقلبات غير بارزة مرة أخرى.

كما قام هولمان وآخرين (Holman et al; 2007):

بدراسة تهدف الى معرفة الاضطرابات النفسية عند المسنين المقيمين في ستوكهولم وعلاقتها ببعض العوامل والمتغيرات الاجتماعية والصحية والظروف المعيشية للمسنين.

وتكونت عينة الدراسة من ١٧٢٥ مسنًا من الجنسين تراوحت أعمارهم ما بين ٧٥-١٠٧ سنة، منهم ٧٥٪ من الإناث أغلبهم من الأرامل، ٨٧٪ يعيشون في منازلهم الخاصة سواء بمفردهم أو مع بعض الأقارب والأصدقاء،٦٪ يقيمون في دور المسنين، ٧٪ يقيمون في المستشفيات، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس للاضطرابات النفسية، استمارة جمع بيانات، مقياس العلاقات الاجتماعية، وقد أسفرت نتائج الدراسة على التأكيد على أهمية تأثير الظروف المعيشية التي يحيا المسنون في ظلها في تأثرهم بالاضطراب النفسي (قلق، اكتئاب، الفوبيا، المخاوف المرضية ... الخ). حيث يتبين أن عامل الإقامة والسكن يعد من أهم المؤشرات المنبئة بالشعور بالاضطراب النفسي لأن ظروف السكن والإقامة المريحة ووجود المسنين في بيئة محببة إلى نفوسهم يوفر لهم الشعور بالأمان والراحة.

أما دراسة جيرارد وبيفرلي (Gerard & Beverley, 2008):

والتى هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار أعراض الاكتئاب ونوبات الاكتئاب الأحادي.

وقد تكونت العينة من ٥٧ من المسنين الرجال حديثي الترمل أعمارهم ٦٥ عامًا فأكبر. وذلك بعد الـ ١٣ شهر الأولى من وفاة زوجاتهم و٥٧ آخرين من المسنين المتزوجين، واستخدمت الدراسة التصميم الطولي للأزواج المتماثلة والاعتماد كذلك

على دليل التشخيص الإحصائي الثالث، المقابلة التشخيصية. وقام الباحث بتقسيم المجموعة الأولى إلى مجموعة (أ) وهي مجموعة أرامل مضى على وفاة زوجاتهم (٦) أسابيع، ومجموعة (ب) أرامل مضى على وفاة زوجاتهم (١٣) شهر، وتشير النتائج أن كلا المجموعتين كانت تعاني من الاكتئاب وبعضهم حاولوا الانتحار بالفعل.

كما قام شامير وبوس (Shamir & Boas, 2008):

بدراسة تهدف إلى بحث العلاقة بين أثر التقاعد عن العمل والتعرض للاكتئاب كمرض نفسي، واشتملت عينة الدراسة على ٣٤٢ مفحوصًا مسن تتراوح أعمارهم ما بين ٦٧-٧٤عامًا. وقد استخدمت الدراسة مقياس تقدير الذات، وتشير نتائج الدراسة أن المسنين الذين لا يعملون أكثر عرضة للاكتئاب وأقل تقديرًا لذواتهم من المسنين الذين يعملون.

٤- دراسات تناولت العلاقة بين الضغوط والاضطرابات النفسية وأنماط الحياة لدى المسنين:

قام ايرول هامارت وآخرين (Hamart Eroal, et al, 2001):

بدراسة تهدف إلى بحث الضغوط المدركة ومصادر الضغوط المتاحة كمنبئات بأسلوب الحياة لدى البالغين من صغار السن والراشدين وكبار السن وذلك من خلال ثلاث جماعات عمرية (تتراوح أعمارهم من ١٨-٤٠ عاماً، ٤١-٦٥ عاماً، ٦٦ عاماً، وقد استخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس الضغوط المدركة، واستبيان موارد مصادر الضغوط ومقياس أسلوب الحياة والاستبيان الديموجرافي، وأظهرت نتائج الدراسة أنه بالنسبة للعينة كلها كانت التأثيرات المجتمعية للضغوط المدركة



وفعالية معرفة مصادر الضغوط أفضل عوامل تنبؤ بأسلوب الحياة عن أي متغير آخر قد تم بحثه بالنسبة للأشخاص الراشدين وكبار السن، وتم التوصل لاكتشاف فروق عمرية ذات دلالة بين الرضا عن الحياة والضغوط المدركة وكيفية التنبؤ بها.

كما قام فولبركت وماري (Volberecht & Marie, 2007):

بدراسة تهدف إلى معرفة العلاقة بين الصحة النفسية والعقلية والأحداث الحياتية المثيرة للمشقة النفسية والضغوط وأن دراسة هذا الموضوع لدى المسنين تُحيطها بعض الصعوبات في تعميم وتجميع النتائج، وقد شارك في عينة الدراسة ٤٠٠٠ مسن قاموا باستكمال قائمة الشخصية (الحالة والسمة والنسخة المعدلة من قائمة الخبرات الحياتية) وتم اختيار عينة قوامها ٧٦٠ مسن للمشاركة في الدراسة بعد إجراء الاختبارات وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات عمرية تتراوح أعمارهم من ٥٠ ـ ٥٩ وعددهم ٢١٨ والأخرى ٦٠ ـ ٦٩ وعددهم ٢٣٨، ٧٠ ـ ٧٩ وعددهم ١٦٩ وأخيراً ٨٠ ـ ٨٩ وعددهم ٥٨ مسن. وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج (SPss)، وتشير النتائج بشكل عام إلى انخفاض الأحداث العامة التي تحدث في نهاية الحياة وانتهاء المشكلات المرتبطة بها. وهناك تحسن دال في مستوى الصحة النفسية، وأن الحياة الصحية السليمة ربما تنتهي عندهم وتزول بمجرد انتهاء مشاكلهم والظروف الحياتية المؤلمة التي يتعرضون إليها.

أما دراسة كراوزاك وآخرين (Krawzak, et al; 2008):

والتى تهدف إلى استكشاف استراتيجيات المسايرة التي يفضلها المسنون لمواجهة الضغوط المرتبطة بأنماط الحياة. بالإضافة إلى دراسة إذا ما كانت الاستراتيجيات مرتبطة بالانفعالات أو التي تركز على المشكلة إضافة إلى النزعة

الروحية تعد أداة أو وسيلة لمساعدة هؤلاء الراشدين في مواجهة تغيرات الحياة المتوقعة وغير المتوقعة، قد شارك في عينة الدراسة ٣٠ مسن تتراوح أعمارهم فوق الـ ٥٠ عاما أو يزيد. وقاموا باستكمال أداة تدار ذاتياً لقياس الضغوط المرتبطة بأنماط الحياة التي يعيشها المسنون، واستخدام الروحية، وبعض الأنشطة المرتبطة بأساليب المسايرة لديهم، واستبيان طرق المسايرة، وتشير النتائج أن المسنين يفضلون المسايرة المتركزة على حل المشكلات والمساندة الاجتماعية لمواجهة الضغوط المرتبطة بأنماط الحياة. ولقد وجدت الدراسة أن هناك ارتباط دال عند دراسة استخدام الروحية والمسايرة الإيجابية مما يوضح أن هناك علاقة قوية بين المسايرة الناجحة والروحية، كما توضح النتائج أيضاً أن الراشدين المشاركين في الدراسة قد استخدموا استراتيجيات مسايرة صحية وتوافقية عند مواجهة ضغوط مرتبطة بأنماط الحياة.

مقترحات بشأن رعاية فئة المسنين

وفي النهاية توجد توصيات من شأنها أن تسهم في تغيير أنماط حياة المسنين وتخفيف أعباء الضغوط والاضطرابات النفسية الواقعة عليهم، ويمكن إيجاز تلك التوصيات فيما يلي:

١- ضرورة الاهتمام بإعداد كوادر بشرية متخصصة في رعاية المسنين بإعطائهم دورات متجددة ومستمرة في مجال الخدمة، وكذلك إعطاء حوافز مادية كقيمة تشجيعية للعمل في هذا المجال.

٢- إعداد المزيد من البرامج الإرشادية التي تستهدف جوانب نمو المسن والاهتمام بتطبيق هذه البرامج.

٣- ضرورة تعاون الأخصائيين مع الباحثين، ومحاولة إقناعهم بضرورة العناية والاهتمام بهذه الفئة وإعطائها الحق اللازم في مجتمعنا المصري.

٤- الاهتمام بفئة المسنين وتلبية الاحتياجات الضرورية لهم فهم تروس الحياة ويجب رعايتهم، والعمل على راحتهم وإتاحة الفرصة لهم لاستثمار خبراتهم وقدراتهم على العطاء بلا حدود.

٥- الاهتمام بإنشاء دور لرعاية المسنين في أماكن صحية بأسعار في متناول الجميع، وتقديم الخدمات الطبية مجانًا لغير القادرين.

٦- حث الأبناء على ضرورة الاهتمام برعاية والديهم المسنين وعدم اللجوء إلى تركهم في دور الرعاية لكي يشعروا بالحب عن مكانتهم داخل أسرهم وحياتهم بوجه عام.

٧- الاهتمام بأندية المسنين والحث على تنوع أنشطتها وبالتخطيط لها من جانب المسنين أنفسهم لاسيما وأن أبحاث كثيرة قد أشارت إلى تنوع الأنشطة الترويحية والتركيز على الجوانب الإيجابية في شخصية المسن يمكن أن يسهم في التخفيف من وطأة الضغط النفسي والصحي ويحقق قدرًا من الرضا عن الحياة لديه.

٨- أن تشمل وسائل الإعلام على فقرات خاصة بهم لتغيير النظرة السلبية نحوهم على أنهم طاقة منتهية الصلاحية والنظرة لهم بكل تقدير واحترام.

٩- العمل على توفير برامج نفسية واجتماعية إرشادية لتخفيف حدة الضغوط من على كاهل المسنين في ظل الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية التي يعاني منها مجتمعنا حاليًا.

١٠- ترسيخ مبدأ التكافل الاجتماعي حيث تتحول المسئولية من مسئولية فردية إلى مسئولية جماعية من كافة الأفراد وبالتالي توفير الرعاية ونمط وأسلوب الحياة لكافة أفراد المجتمع وبالأخص لفئات المسنين الذين بذلوا حياتهم وسنوات عمرهم في خدمة بلادهم وللأجيال السابقة.

١١- إن المسنين في حاجة إلى وضع برامج تدريبية تؤهلهم لإدراك المشقة وإكسابهم الأساليب والمهارات اللازمة لمواجهة أنماط الحياة الضاغطة والتي تسهم في حمايتهم من التعرض للاضطرابات النفسية.

١٢- ضرورة اشتراك المسنين في المسابقات الرياضية والفنية والثقافية، وكذلك الرحلات والاستفادة من طاقتهم الزائدة، وتصريف ميول الضغط والاضطراب عنهم إلى ما ينفعهم وينفع المجتمع.



١٣- الاهتمام بتواجد الأخصائيين النفسيين المتخصصين في مجال المسنين بدور رعاية المسنين مع الاهتمام بدراسة نزلاء هذه الدور واستيفاء استمارات البيانات الكاملة عن كل نزيل حتى يسهل التعرف عليه من خلالها اجتماعيًا، ونفسيًا، مرضيًا.

١٤- توفير خدمات اتصال سريع لكل المسنين سواء في منازلهم أو في دور رعاية للاتصال بطريق إنقاذ سريع في حالة الاحتياج لذلك.

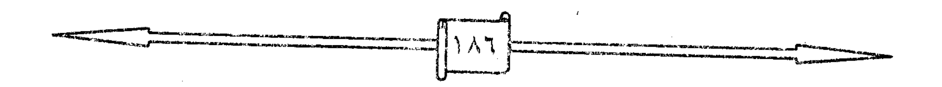
١٥- تدريس علم الشيخوخة في جميع المراحل، وغرس القيم والأخلاق في الصغار على احترام الكبير ورعايتهم والتعامل معهم.

١٦- ضرورة العمل على توفير البيئة الغنية بالمثيرات والممارسات الاجتماعية السليمة في مؤسسات الرعاية، وتوفير الرعاية النفسية والاجتماعية بالقدر الذي يساعد على إشباع حاجات المسنين بطريقة شبيهة لما يحدث في الأسر الطبيعية.

١٧- يجب تحري الدقة بقدر الإمكان عند اختيار الذين يتولون مسئولية رعاية المسنين داخل دور الرعاية، وإعطائهم دورات تدريبية في كيفية رعاية المسنين جسميًا ونفسيًا.

١٨- العمل على عقد حلقات إرشاد جمعي توظف من أجل مساعدة المسن على إدارة ضغوط رحلته العمرية.

١٩- ضرورة إنشاء مجلس قومي لكبار السن كما أنشأ مجلس قومي للمرأة حفاظًا على حقوق الإنسان واحترام وتكريم لتلك المرحلة من مراحل عمر الإنسان التي يحتاج فيها إلى الاحترام والتقدير ورد الجميل والوفاء.



٢٠- ضرورة أن يعمل أفراد الدور على توفير مناخ أسري آمن يسوده التعاون، المشاركة، والرحمة، والمحبة، والعطف، والحنان. وخاليًا من القسوة والنبذ والإهمال والقهر، ويسمح بمساعدة المسن على القيام بالأنشطة، والمهام الجماعية مع أصدقائه، حتى يتاح له فرص التفاعل الجيد معهم، فهذه الفئة تحتاج منا أكثر من ذلك فقد وهبت حياتها من أجلنا فلها كل الشكر والاحترام والتقدير.

وقد أسعد الباحث كثيرًا عندما قرأ في جريدة الأخبار خبر بعنوان "المعهد القومي لعلوم المسنين .. حلم تحت الإنشاء" فقد تحول الحلم إلى مشروع قائم بمدينة الشيخ زايد بالسادس من أكتوبر وعلى وشك الخروج للنور خلال عام تقريبًا .. ولنا أن نعلم أنه لا يوجد معهد لعلوم المسنين في الشرق الأوسط إلا في "إسرائيل" وأنشئ عام ١٩٧٤*.

* جريدة الأخبار بتاريخ ٢٠٠٨/١٢/١ الصفحة العاشرة "تحقيقات".